ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/318680012

La mortalité infantile en Russie et l'URSS : état des recherches, INED : Dossiers et recherches, N°107, Janvier 2002, 48 p

Book · January 2002

CITATIONS
0

READS
1,485

1 author:

Alexandre Avdeev
Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne
47 PUBLICATIONS **332** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Alexandre Avdeev on 25 July 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

La mortalité infantile en Russie et l'URSS : état des recherches.

Alexandre Avdeev[1]

Tables des matières

La mortalité infantile en Russie et l'URSS : état des recherches. 1
Tables des matières 1
Tables des illustrations 2
Introduction 3
1. Une brève revue de l'évolution de la mortalité infantile et de l'histoire du système de la protection de la santé des femmes et des enfants en URSS 5
Situation au seuil du XX siècle 5
Naissance et développement des instituts sociaux de protection maternelle et infantile 9
Obstétrique et pédiatrie 9
L'assistance sociale 13
Formation de mouvements sociaux. 17
Le système soviétique de protection maternelle et infantile 19
La création du système – 1917-1936 19
Le développement – 1936 - 1960 22
Conclusion de la première partie 27
2. L'étude de la mortalité infantile en Russie et en URSS : discussions et paradigmes 29
La formation d'un paradigme: de «la pathologie sociale» à la «comptabilité sociale» 29
La discussion sur l'augmentation de la mortalité infantile en URSS dans les années 1970 32
Qu'a-t-on découvert après la perestroïka ? 34
Conclusion - Résumé: 40
Bibliographie 43
1.Travaux de «l'ancienne école» 43
2. Travaux contemporains en langue russe 44
3.Travaux contemporains de spécialistes russes et soviétiques, publiés en dehors de la Russie et en langue étrangère 44
4.Travaux contemporains de spécialistes non russes. 45
Annexe : indicateurs de la mortalité infantile en Russie depuis 1959 47
1. Evolution de la mortalité infantile, mortalité périnatale et mortalité néonatale selon le sexe. Russie 1959-2000 47
2. Evolutions des composants de la mortalité périnatale et mortalité infantile. Russie, 19959-2000 48

[1] Université de Moscou, centre d'études démographiques. avdeev@ined.fr.

Tables des illustrations

Graphiques

Figure 1 Niveau comparatif de la mortalité infantile selon le sexe dans quelques populations de la fin de XIX siècle par rapport à Suède 6

Figure 2 *Taux brut de la mortalité et taux de la mortalité infantile en Russie européenne vers la fin de XIXe – début de XXe siècle.* 9

Figure 3 *Mortalité générale et infantile en Russie et dans quelques autres pays européens et aux Etat-Unis en 1913, par rapport au niveau de la Suède* 13

Figure 4 *Le rapport entre le nombre annuel des enfants décédés et le nombre d'enfant admis* 17

Figure 5 *Croissance du nombre de lits pour les femmes enceintes (nombre absolu et pour 100 000 naissances)* 23

Figure 6 *Croissance du nombre de place dans des établissements préscolaires en URSS* 24

Figure 7 *Niveau de la mortalité infantile et rapport « naissances pour un lit maternel » par république soviétique en 1975.* 25

Figure 8 *Indicateur conjoncturel de fécondité et niveau de la mortalité infantile dans les diverses républiques soviétiques en 1975/76 et en 1990* 26

Figure 9 *L'évolution du taux de mortalité infantile en URSS et en Russie 1950-2000* 28

Figure 10 *Composantes de la mortalité infantile en Russie (1959-2000)* 34

Figure 11 *Taux de mortalité infantile selon les causes de décès et la Structure de la mortalité infantile selon les causes de décès en Russie 1981-2000* 38

Figure 12 *Composants de la mortalité néonatale en Russie 1959-2000* 39

Tableaux

Tableau 1 *Mortalité infantile dans des villes et des campagnes) de la Russie européenne* 7

Tableau 2 *Caractéristiques de l'accessibilité d'assistance médicale en Russie et dans quelques pays européens vers la fin de XIXe siècle* 8

Tableau 3 *Nombre de lit pour les femmes enceintes dans les hôpitaux et les maisons d'accouchement en URSS.* 25

Tableau 4 *Taux de la mortalité infantile selon les causes de décès en Russie 1981-2000* 38

Introduction

Vers la fin des années 1990 la mortalité infantile en Russie est une des plus élevées en Europe. Avec un taux de 17 décès de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes, la Russie côtoie la Bulgarie (17‰), la Géorgie (16,3‰), la Macédoine (15,7‰), l'Arménie (15,4‰), la Lettonie (15,3‰) et l'Ukraine (14,2‰). Des indicateurs plus élevés ne s'observent en Europe qu'en Roumanie (23,0‰) en Azerbaïdjan (19,7‰) et en Moldavie (19,8‰). On voit que ce sont des pays majoritairement issus de l'URSS ou ayant appartenu au « camp socialiste », [2] donc qui ont des éléments communs dans leurs histoires récentes.

Bien que, à la fin de XX siècle, selon le niveau de la mortalité infantile, la Russie occupe à peu près la même position en Europe qu'il y a 100 ans, c'est dans l'histoire des trois dernières décennies, qu'il faut chercher les explications de ce fait. En effet, de la fin du XIXème et jusqu'au milieu du XXème siècle la mortalité infantile en Russie (et en URSS) fut deux ou trois fois plus élevée qu'en occident. Mais, dès la fin des années 1940, elle a baissé très rapidement, et au début des années 1960, la Russie a rattrapé le peloton des pays européens. Ensuite la baisse de la mortalité infantile en Russie se ralentit considérablement, et, dans les années 1970, elle est déjà à l'arrière-garde, avec les pays de l'Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce). Mais si chez ces derniers la mortalité infantile a diminué de plus de trois fois durant les trois dernières décennies, en Russie son niveau est resté presque stable. C'est ainsi qu'on trouve aujourd'hui le niveau de la mortalité infantile en Russie est presque quatre fois plus élevé que dans les pays occidentaux.

Quelles sont les causes et les raisons de la stagnation, voire de l'augmentation, de la mortalité infantile en URSS pendant la période finale de son histoire ? Peut-on parler d'une crise du système de la protection de la santé des femmes et des enfants, ou, plus largement, du système de la santé publique, ou du système social en général ? La validation de telles hypothèses nécessite des études historiques et démographiques approfondies de l'évolution de la mortalité infantile en Russie et en URSS. Sans ces études il est quasiment impossible de justifier les hypothèses sur les perspectives de la mortalité infantile non seulement en Russie, mais aussi dans les pays ayant une histoire commune.

Dans ce texte on se limite à un bref aperçu de l'évolution de la mortalité infantile en Russie, dans le contexte du développement du système de la santé publique et de l'assurance sociale, et d'une présentation schématique des études, des paradigmes et des discussions scientifiques

[2] Monnier, A. « La conjoncture démographique : l'Europe et les pays développés d'outre-mer » *Population*, 53e année, N°5, p.1010-1011.

à ce propos. Sur le plan historique général, il est aisé de commencer l'exposé au dernier tiers du XIXème siècle en mettant l'accent sur les quatre dernières décennies. De même, on se contentera de présenter avec plus de détails les études russes (soviétiques) et étrangères ainsi que les discussions des deux dernières décennies, en exposant les études intéressantes de la fin XIXème et du début du XXème siècle sous une forme condensée. Nous évitons volontairement de trop nous engager dans l'analyse de ces dernières car ce sujet passionnant peut nous faire dévier loin de l'axe principal de notre exposé.

1. Une brève revue de l'évolution de la mortalité infantile et de l'histoire du système de la protection de la santé des femmes et des enfants en URSS

Situation au seuil du XX siècle

A la fin du dernier siècle et au début de ce siècle le système de protection de la santé de la population de la Russie est pratiquement inexistant. Selon presque tous les indicateurs dont l'on dispose, l'aide médicale en Russie est fortement inférieure à celle disponible dans les pays européens développés. Une surveillance sanitaire existe sous une forme préventive seulement dans les plus grandes villes de Russie. Cela explique que la mortalité générale, et plus encore la mortalité infantile en Russie étaient beaucoup plus fortes, que dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Le taux brut de mortalité, à la fin des années 1890, avoisinait 35‰, alors qu'il était inférieur à 17‰ dans les pays scandinaves, de 19‰ en Angleterre, 22‰ en France, 24‰ en Allemagne. L'espérance de vie à la naissance était légèrement supérieure à 27 ans pour les hommes et 29 ans pour les femmes[3]. Les contemporains remarquaient que le niveau élevé de la mortalité en Russie, en comparaison avec les autres pays, «ne peut être expliqué par des différences de structure par âge, ni de force de la natalité, mais il reflet la situation faible du pays en terme de culture sanitaire.»[4]

Dans une grande mesure la mortalité générale était conditionnée par le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui constituaient plus de 55% du nombre des décès, et celui de la mortalité infantile, enlevant plus du quart des nouveau-nés. Si en Russie, ne survivaient jusqu'à 5 ans que 556 garçons parmi 1000 nouveau-nés et 593 filles parmi 1000 nouveau-nés féminins, en Suède, ces proportions étaient respectivement de 830 et 850, en Irlande de 780 et 800[5]. (Figure 1)

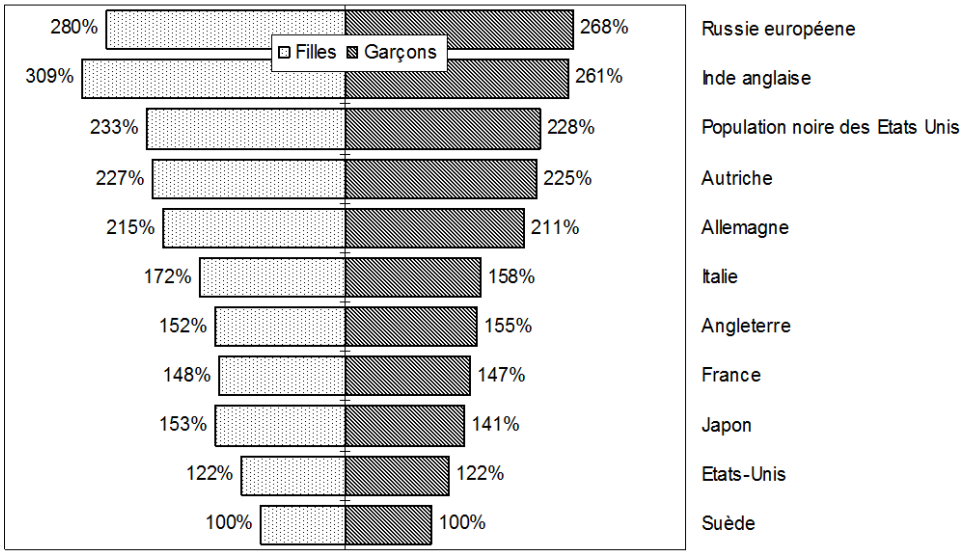
---

[3] Cf. Pokrovski V., Richter D., "Population de la Russie" – in "*Rossia*" (*Russie*) Dictionnaire encyclopédique. Ed. F.Brokhause et I.Efron, Saint-Petersbourg, 1898, p.99.

[4] G.Hlopin i I.Krisman, « Etat sanitaire actuel de la Russie ». in "*Rossia*" (*Russie*) Dictionnaire encyclopédique. Ed. F.Brokhause et I.Efron, Saint-Petersbourg, 1898, p.225

[5] Cf. M.V.Ptuha – ["Otcherki po statistike naselenia".] Moscou: Gosstatizdat, 1960, p.194-204.

Figure 1 Niveau comparatif de la mortalité infantile selon le sexe dans quelques populations de la fin de XIX siècle par rapport à Suède



Source : Ptoukha M.V. « Essais sur la statistique de la population. » Moscou: Gosstatizdat, 1960, p.194-204

L'espérance de vie à l'âge de 10 ans était de 43,53 an pour le sexe masculin et 44,48 pour le sexe féminin selon la table de mortalité construite à partir des données du recensement de 1897, soit de 16 ans plus élevée que celle à la naissance. La mortalité infantile était particulièrement élevée : parmi 1000 garçons, 300 n'atteignaient pas l'âge d'un an, et 265 pour 1000 filles.

Jusqu'à la fin du dernier siècle la mortalité des enfants dans les villes était quelque peu plus élevé que celle dans les campagnes, ce qui peut s'expliquer par les conditions sanitaires détériorées de la population urbaine, ainsi que par un sous-enregistrement des décès d'enfants dans les campagnes. Au début du XXème siècle, la mortalité des enfants dans les villes devient équivalente à celle dans les campagnes, puis lui devient inférieure. (tableau 1)

Dans quelques grandes villes, où la mortalité infantile était particulièrement élevée, on observe, durant le dernier tiers du 19ème siècle, une baisse très rapide. Ainsi, à Moscou, en 1881-1882, la mortalité infantile atteignait 60%, mais diminue de près de 32% durant les 20 années qui suivent. Mais, sur l'ensemble du pays, tant la mortalité générale que la mortalité infantile reste parmi les plus élevées d'Europe à la fin du 19ème siècle, essentiellement en raison de la faiblesse des politiques de santé.

Tableau 1 *Mortalité infantile dans des villes et des campagnes) de la Russie européenne*

1. Villes

âge de décès	***1890***	***1891***	***1892***	***1893***	***1894***	**Moyenne**
Moins d'un mois	19 729	18 379	17 058	16 591	16 696	17 691
1–2 mois	15 294	14 438	14 627	13 762	13 355	14 295
3-5 mois	13 612	13 873	15 029	13 354	12 927	13 759
6-11 mois	18 269	18 330	21 383	16 951	17 229	18 432
Décès de tout âge	187 023	190 770	223 134	196 200	183 000	196 025
dont de mois d'un an	66 904	65 020	68 097	60 658	60207	64 177
proportion des enfants de moins d'un an parmi les décédés	36%	34%	31%	31%	33%	33%
Structure de la mortalité infantile selon l'âge						
moins d'un mois	29%	28%	25%	27%	28%	28%
1–2 mois	23%	22%	21%	23%	22%	22%
3-5 mois	20%	21%	22%	22%	21%	21%
6-11 mois	27%	28%	31%	28%	29%	29%
Total de moins d'un an	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. Campagne

âge de décès	***1890***	***1891***	***1892***	***1893***	***1894***	**Moyenne**
Moins d'un mois	277 472	281 358	285 108	274 340	267 087	277 073
1–2 mois	245 217	240 050	234 750	233 674	232 803	237 299
3-5 mois	252 343	244 509	237 233	246 036	253 703	246 765
6-11 mois	346 094	333 192	320 255	345 048	367 258	342 369
Décès de tout âge	2 805 990	2 780 975	2 762 753	2 991 389	3 207 556	2 909 733
dont de mois d'un an	1 121 126	1 099 109	1 077 346	1 099 098	1 120 851	1 103 506
proportion des enfants de moins d'un an parmi les décédés	40%	40%	39%	37%	35%	38%
Structure de la mortalité infantile selon l'âge						
moins d'un mois	25%	26%	26%	25%	24%	25%
1–2 mois	22%	22%	22%	21%	21%	22%
3-5 mois	23%	22%	22%	22%	23%	22%
6-11 mois	31%	30%	30%	31%	33%	31%
Total de moins d'un an	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source: V .Pokrovski, D.Richter, « Population » dans "Rossia. Enciklopeditcheskiï slovar'". Edition d' I.Brokgauz et I.Efron. Spb.1898, p.100-101

On peut dater l'apparition d'un réel accès au soutien médical en Russie (essentiellement pour les paysans) en 1864, lorsque le zemstvo (le nouveau organisme d'autogestion local) a créé l'institution des médecins des zemstvo, financé entièrement du budget. Cependant, il y avait le nombre très réduit d'hôpitaux ruraux avant l'introduction de la médicine de zemstvo. Mais l'aide médicale dans ces établissements était payant, et si le paysan n'avait pas des moyens pour le payer, les frais étaient rapporter aux sociétés corporatives ruraux (obstchina). Les cas n'étaient pas rares quand un huissier accompagné des soldats arrivait dans un village pour forcer les paysans à rémunérer les services de l'hôpital, mais si le malade y était décédé. A son tour la paysannerie se méfiait de l'aide médicale et les paysans ne s'adressaient aux médecins que dans les cas extrêmement grave. En revanche, dans le cadre de la médicine de zemstvo l'aide

médicale était devenue gratuite pour les paysans, ce qui changeait au fur et à mesure l'attitude de la paysannerie envers de la médicine et des médecins. Les paysans ont commencé à s'adresser plus souvent aux hôpitaux, ce qui a permis aux médecins d'introduire dans leurs pratiques les éléments d'éducation en matière de l'hygiène et de la prophylaxie.

A partir de 1866 le secoure médicale pour les ouvriers apparaissait dans l'industrie, grâce à la loi du 26 août, obligeant les usines à mettre en place des cliniques avec un nombre en fonction de l'effectif du personnel. L'aide médicale dans ces cliniques était gratuite, le patronat ne pouvait faire payer aux travailleurs ni les soins, ni l'hygiène, ni la nourriture des malades. Plus tardivement, selon les arrêtés sur les villes de 1870 et 1892 l'administration municipale urbaine est contrainte d'organiser une aide médicale à la population, analogue à celle fournie par les médecins de zemstvo dans les campagnes. Qui plus est, en 1883, est créé à St-Pétersbourg l'institution «des médecins de la douma», dont le but était la visite des habitants pauvres à domicile et un contrôle défini sur la situation sanitaire et épidémiologique. L'effet de toutes ces mesures est cependant resté très faible, et la Russie est restée loin derrière les pays européens en termes de fourniture d'assistance médicale, comme le montrent les données présentées dans le tableau 2.

Vu la faiblesse du système de santé publique, les fluctuations du niveau de la mortalité générale et infantile s'expliquent avant tout par des facteurs extérieurs et dépendent fortement des récoltes, des épidémies, etc. Ainsi, durant les années défavorables (par exemple l'année 1892), la mortalité augmente surtout aux âges moyens et entre 5 et 10 ans, la mortalité infantile ne fluctuant guère, car étant déjà très élevé en période normale.

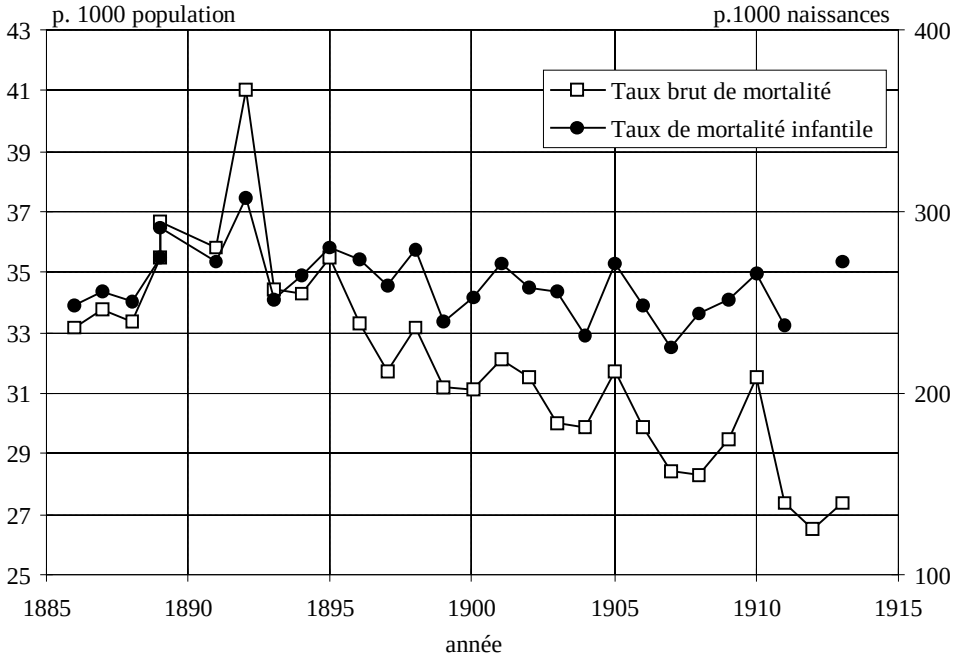
Tableau 2 *Caractéristiques de l'accessibilité d'assistance médicale en Russie et dans quelques pays européens vers la fin de XIXe siècle*

	Nombre de médecins		Pour un médecin		
	total	Pour 1 million d'habitants	nombre de personnes	territoire en kilomètres carrés	rayon d'action en kilomètres
Russie européenne	13475	155	6450	1 352.18	20.63
Norvège	502	275	3630	641.24	14.25
Autriche	10690	275	3630	28.44	2.98
Italie	8580	280	3570	35.13	3.35
Espagne	5200	305	3280	98.70	5.58
Allemagne	16270	355	2820	33.46	3.24
France	14380	380	2630	3 680.17	3.42
Belgique	2160	390	2540	16.17	2.23
Pays Bas	1860	410	2440	17.84	2.34
Grande Bretagne	22105	578	1730	10.04	1.81

Source: G.Hlopin i I.Krisman, « Medicina i narodnoe zdravie » dans "Rossia. Enciklopeditcheskiï slovar'". Edition d' I.Brokgauz et I.Efron. Spb.1898, p.225

Malgré cette faiblesse du système de santé publique en Russie, les deux dernières décennies du 19ème siècle sont caractérisées par l'apparition d'une tendance à la baisse de la mortalité générale, qui devint plus évidente à partir du début du 20ème siècle. Cette tendance fut étudiée par S.A. Novosel'skiy, dans son « Mortalité et espérance de vie en Russie », publié en 1916, dans lequel il montre qu'entre 1896-97 et 1907-1908 la mortalité générale des hommes, en Russie européenne, avait baissé de 11,7% chez les hommes et 13,6% chez les femmes. Dans le même temps la baisse de la mortalité des enfants était beaucoup moins importante: elle était de 6% plus faible pour les garçons et 5% pour les filles, en comparant 1906-1910 et 1896-1900. Ces baisses étaient respectivement de 3% et 5% dans les localités urbaines, et de 6% et 5% dans les localités rurales. Mais, en prenant en compte la forte fluctuation des indicateurs de mortalité infantile d'une année à l'autre, il est possible de dire qu'elle reste stable jusqu'à la première guerre mondiale. (Figure 2)

Figure 2 *Taux brut de la mortalité et taux de la mortalité infantile en Russie européenne vers la fin de XIXe – début de XXe siècle.*



Naissance et développement des instituts sociaux de protection maternelle et infantile

Obstétrique et pédiatrie

Le problème de la protection infantile et de la lutte pour la baisse de la mortalité infantile est bien reconnu par la société russe. L'activité dans cette direction se limite d'abord à l'amélioration de l'aide à l'accouchement et à la création de maisons d'éducation et d'orphelinats pour les orphelins et les enfants abandonnés. Le premier accoucheur signalé dans

l'histoire russe l'Anglais Jacob date du temps d'Ivan le Terrible. Peu de choses sont connues sur le développement de l'obstétrique jusqu'au milieu du 18ème siècle, quand Paul Kondoïdi a été nommé le médecin principal et le directeur de la Chancellerie médicale.[6] Il commença son activité par la régularisation de la formation en médicine. Les écoles de médicine existaient déjà auprès des hôpitaux, mais la formation dans ces écoles était primitive et superficielle, il n'y avait pas de cours de physique, ni d'histoire naturelle, ni même de physiologie, sans rien dire de l'obstétrique. A tel point cette dernière était dans l'oublie, que le médecin du cours et le médecin privé de l'Impératrice a manqué d'invité une femme sage, quand une jeune princesse, épouse de l'héritier du trône et future Impératrice Catherine II est arrivée au cours de Saint-Pétersbourg. Kondoïdi a corrigé cette situation et une Hollandaise, Adriana van-der-Schaar, était nommée la sage-femme de la princesse. Bien que Kondoïdi a plus ou moins réussi de mettre au niveau l'éducation dans les écoles médicales, il n'est pas parvenu initialement d'y introduire le cours d'obstétrique. En effet, toutes ces écoles étaient exclusivement orientées à la formation du personnel pour l'armé tandis que l'obstétrique était considérée comme une affaire civile, particulière et privée. Toutefois le 21 mars 1754 Kondoïdi présenta un rapport au Sénat où il proposait de certifier toutes les sages-femmes, russes et étrangères, des leur faire prêter un serment et d'organiser à Moscou et à Saint-Pétersbourg les écoles pour la formation des sages-femmes. Cette proposition a été approuvée par le Sénat le 5 mai 1754. [7] Peu de temps après, le 17 novembre 1754 Kondoïdi l'a complété par une Instruction qui indiquait comment les sages-femmes devaient exercer leur métier. Cette instruction a prescrit de fréquenter les cours d'éducation et de ne pas les manquer sous la peine de l'amende importante de deux à dix roubles. Toutes les sages-femmes des deux capitales ont été convoquées pour l'examen et le serment. Pourtant elles n'étaient pas nombreuses, il n'y en avait que 11 de Saint-Pétersbourg et le quatre de Moscou.

Kondoïdi a bien calculé que l'organisation du service d'obstétrique pouvait coûter environ 2850 roubles par an, mais il valait mieux arrondir la somme à 3000. Mais il n'a pas osé de demander cet agent de l'état et proposa de taxer chaque accouchement avec une assistance de femme-sage en fonction de l'état et du grade militaire où civil d'accouchant. Cette taxe était composée de deux parties à peu près égales : une rémunération de la femme-sage, qui varie

[6] Sf Tchistovitch Ja. – Essais sur l'histoire de premières institutions médicales de XVIII siècle. [Otcherki iz istorii pervykh meditcinskikh outcherjdenii XVIII stoletia] Saint-Pétersbourg, 1870. Voire en particulier le chapitre IV « Les premières écoles des sages-femmes » [Pervye akousherskie shkoly] p.128-219, que nous suivons dans notre exposé.

[7] Collection complète des lois de l'Empire de Russie (CCL), vol. XIV, St.-Péterbourg, 1830, p.55. Oukaz « Sur la fondation des écoles à Moscou et à St.-Péterbourg pour l'apprentissage de l'art d'accouchement, sur l'approvisionnement des Capitales des femmes expérimentées dans cet art. »

pourtant en fonction de la complexité d'accouchement ; et une taxe à verser pour le maintien et développement de l'obstétrique. Mais l'affaire marchait très mal. Les femmes n'étaient pas désireuses de contribuer à la cause juste du développement d'obstétrique en Russie. Elles préféraient donc inviter les sages-femmes non certifiées, de guérisseuses et de charlatanes de toute sorte. Deux ans après Kondoïdi s'est adressé de nouveau au Sénat en signifiant que le développement d'obstétrique n'a pas des conséquences car il n'y avait pas de revenu attendu et que si l'on volait que les écoles d'obstétrique soient créées, que selon l'exemple des autres états européens les professeurs en médecine y enseignaient, il fallait que l'état les prenne en charge.

A la suit de cette demande le Sénat a supprimé la taxe pour l'accouchement assisté et établi le budget annuel de 3000 roubles pour l'obstétrique. Ces crédits ont permis enfin d'instituer les écoles pour les sages-femmes à Moscou (le 1 mai 1757) sous la direction de Johanne Friedrich Erasmus[8] et à Saint-Pétersbourg (le 7 août 1757) sous la direction de Andreas Lindemann.[9] Les deux, semble-t-il, n'étaient pas les plus doués, mais l'affaire s'est démarrée. Désormais, tous les éléments principaux du système ont été réunis : L'éducation des sages-femmes ; Leur certification avec le serment professionnel ; et, ce qui est plus important, la reconnaissance de l'assistance professionnelle à l'accouchement comme une cause publique qui devait être prise en charge de l'état. On peut dire qu'a partire de ce moment les sages-femmes en Russie sont devenues les agents d'état. Il est intéressant, que le 9 février 1759 Kondoïdi a ordonné de fournir gratuitement les médicaments prescrits par l'obstétricienne aux femmes et aux nouveau-nés s'ils étaient pauvres. Le Sénat a approuvé cette décision le 9 juin 1759.

En 1762 apparaît au même moment le premier manuel d'obstétrique russe compilé par le professeur Erasmus à partir de vielles sources du 17ème siècle. En 1784-1786 le professeur N.M.Maximovich-Ambodik[10] de Saint-Pétersbourg a édité un nouveau manuel en russe qui

---

[8] Johanne Friedrich Erasmus est né Strasbourg, où il a commencé ces études en médicine, en travaillant particulièrement sur l'obstétrique, il a poursuit ses études à Iéna. Après être diplômé docteur en médicine à Strasbourg après avoir soutenu en 1747 *Dissertatio inauguralis medico-chirurgica de partu difficili ex capite infantis etiam praevio quam.…* probablement sous la direction de Melchior Pauschinger. Ensuite il était invité en Russie, où le 22 août 1750 il a obtenu le droit de pratiquer en Russie après la réussite à l'examen obligatoire. Il a été invité à Moscou le 25 février 1757 pour être nommée le professeur et le docteur de l'école des sages-femmes avec la solde annuelle de 600 roubles. Apres la création de la faculté de médicine à l'université de Moscou il a pris le post du professeur de l'anatomie, de la chirurgie et de l'obstétrique. Il avait une pratique très large à Moscou (parfois au détriment des obligations de l'enseignant) ; et, apparemment, il a été le premier qui utilisé les tenailles (forceps obstetrcius).

[9] Andreas Lindemann est né à Revel, actuellement en Estonie. En 1755 il était diplômé en médicine à Göttingen en 1755. Après avoir perfectionné ses connaissances en obstétrique à Strasbourg et à Berlin, il est rentré en Russie et a obtenu le droit de pratique en Russie le 23 décembre 1756. Au mois de mai il a été invité par Kondoïdi pour assumer « l'affaire des femmes » à Saint-Pétersbourg. Après son accord, il a été nommé le 7 août 1757 à l'école de Saint-Pétersbourg avec le salaire de 600 roubles par an.

[10] Nestor Maximovitch Maximovitch-Ambodik, (1744-1812) surnommé le père de l'obstétrique en Russie était le médecin d'origine russe. Il a ajouté à son nom de famille supplément « ambo dic » qui signifie « dite deuxième fois » en latin puisque il était identique à son patronyme composé du nom de son père – Maxim avec le suffixe « ovitch. » Il a eu son diplôme de docteur en médicine à Strasbourg avec la mention de professeur J.R.Spielman en 1775. Après avoir passé un examen au

était déjà au niveau des connaissances de l'époque. En 1792 le manuel en russe a été publié à Moscou par Johann Carl Kreusel, l'accoucheur à l'école d'obstétrique de Moscou. 9 ans après le professeur V.M.Rihter de Moscou a publié un autre manuel.[11] En 1802 l'école d'accoucheur de Moscou a été transformée en l'Institut d'obstétrique (« Povival'nyi institute ») Au fur et à mesure les accoucheurs et les docteurs russes sont devenus plus et plus nombreux. En 1808 l'Académie de médecine et chirurgie de Saint-Pétersbourg a créé une clinique d'accouchement, puis de telles cliniques se sont ouvertes en 1815 à l'université de Kharkov, en 1833 à l'université de Khazan, et en 1847 à l'université de celle de Kiev.

La formation des cadres nationaux a pris élan dès la fin de deuxième moitié de XIXème siècle. Dans la seconde moitié du 19ème siècle dans de nombreux hôpitaux des zemstva figuraient des spécialistes qualifiés d'accouchement et de gynécologie, qui pouvaient effectuer des opérations complexes. Qui plus est la croissance du nombre de médecins accoucheurs–gynécologues prend une forme sociale particulière vers fin du 19ème siècle. A Moscou et Saint-Pétersbourg sont créées des sociétés d'accoucheurs–gynécologues, ayant leurs propres publications, et une revue d'accouchement et gynécologie est publiée à Saint-Pétersbourg.

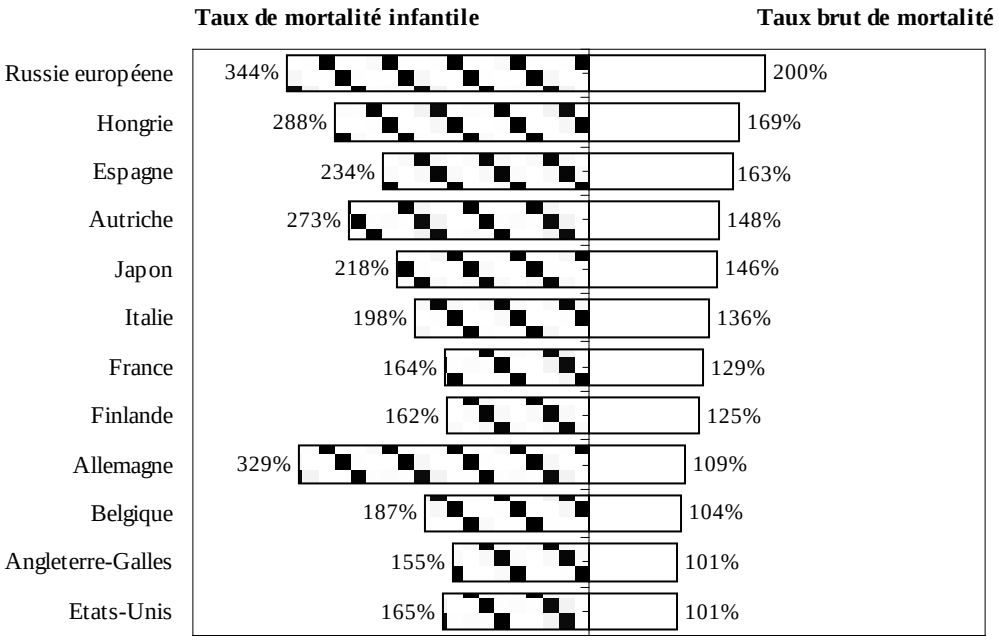
Un développement réel de la pédiatrie en Russie commence dans la première moitié du 19ème siècle et est lié à l'ouverture d'hôpitaux pour enfant, le premier (L'hôpital Nikolaev à St-Pétersbourg) étant créé en 1834 et il s'agissait de la seconde institution de ce type en Europe. Mais la formation systématique spécialisée en pédiatrie n'a commencé qu'en 1866, quand une chaire des maladies infantiles est créée à l'université de Moscou sous la direction de N.A.Tol'skiï, qui était le directeur des cliniques pour enfants et médecin principal de l'hôpital des enfants à Moscou. Trois ans après, en 1869, l'Académie médicale et chirurgicale de St-Pétersbourg a organisé une chaire auprès de la clinique d'accouchement, bien qu'un cours y ait été ouvert dès 1827. A la fin du 19ème siècle, il existait déjà en Russie cinq chaires de maladies infantiles, deux grandes maisons d'éducations, 15 hôpitaux pour enfants, des sanatoriums pour enfants et de nombreux orphelinats. Cependant, cela était très insuffisant pour la Russie, avec

Collègue de la médicine à Saint-Pétersbourg, il a obtenu le droit de pratique en Russie. Le 10 mai 1781 il a été nommé le professeur à l'école des sages-femmes de Saint-Pétersbourg et chargé d'enseigner l'obstétrique aux « sous-guérisseur » (post pour ce qui n'avait pas de diplôme de docteur). Son manuel « L'art de l'obstétrique ou la science des femmes sages » [Iskoussto povivania ili na'ouka o babitchiem dele] a été publié en 1784-1786. Il a écrit plusieurs autres ouvrages de médicine en russe parmi lesquels « Physiologie ou Histoire naturelle de l'Homme concernant la conception, la naissance, la nature et la composition du corps, les actions de vie, les particularités des maladies observées dans le corps humain, la vieillesse et la mort » publié en Saint-Pétersbourg en 1787.

[11] Wilguelm Mikchailovitch Richter était un originaire d'une famille allemande naturalisée. La première édition de son « Manuel de l'obstétrique, basé sur des expériences les plus récentes : Pour le cours public enseigné dans l'Institut d'obstétrique à la Maison d'Enfants trouvés de Moscou. » est sorti de l'imprimerie de l'Université de Moscou en 1801, le deuxième édition a paru en 1822. Il est aussi connu comme un historien de la médicine en russe. Il semble que son ouvrage important « Geschichte der Medizin in Rusland » rédigé en allemand et publié à Moscou en 1813-1817 était le premier dans ce domaine.

une population de 130 millions de personnes et près de 5 millions de naissances annuelles. Ainsi, à la veille de la Première Guerre mondiale, le niveau de la mortalité infantile en Russie reste l'un des plus élevés en Europe, et l'écart avec les autres pays européens est même plus important qu'à la fin du 19ème siècle. (figure 3)

Figure 3 *Mortalité générale et infantile en Russie et dans quelques autres pays européens et aux Etat-Unis en 1913, par rapport au niveau de la Suède*



L'assistance sociale

En Russie de Moyen Age toutes les affaires concernent la famille ont été soumis à la juridiction ecclésiastique selon le statut de l'église établit par le prince de Kiev Vladimir. Dans l'article 3 de ce statut on trouve que le prince a regardé le nomocanon grec et y trouvé qu'il ne convenait pas de soumettre ces affaires ni au jugement du prince, ni ces boyards, ni ces juges. En plus, dans l'article 6 un arrêt de ne pas entrer ni lui, ni ses enfants, ni ses petits enfants dans le cours de l'église. Toutefois, son fils prince Jaroslave la Sage (père de Anne de Russie, la règne de France, l'épouse d'Henry 1er Capet) a développé le statut de l'église en y ajoutant une indication précise de la punition pour les femmes tuant ses enfants légitimes ou illégitimes, à savoir elle doit être envoyé aux couvent et sa famille doit la racheter.

Plus de 700 ans après, l'attitude de l'état à l'égard des enfants illégitime a beaucoup changé. On trouve déjà dans le chapitre XXII de la juridiction laïque de tzar Alexis Romanov (Oulojeniyé) mise en vigueur en 1649 l'article 26 qui signifiait que chaque femme qui avait tué

son enfant illégitime devait être exécutée sans pitié.[12] Qui est important, la même juridiction prévoyait la peine d'une année de prison pour les parents qui ont tué leur enfant légitime (ch.22, art. 3) et une peine capitale pour les enfants qui ont tué leur parent (ch.22, art. 1 et 2). On connaît aussi qu'à cette époque existaient déjà en Russie les institutions caritatives pour accueillir les enfants illégitimes et enfants trouvés. Ces institutions étaient gérées par les monastères et les églises sous du Secrétariat de Patriarche. On connaît que Nikon (patriarche en 1652-1666) avait organisé un orphelinat à Novgorod, quand il était l'archevêque de cette ville. Vers la fin de 17ème siècle l'état manifestait déjà l'intérêt à l'assistance publique. Selon un projet rédigé en 1682 rédigé pour le tzar Fedor Alexeyevich, c'était l'Etat état qui devait se charger des activités caritatives. Parmi les autres propositions on trouve dans ce projet qu'il faut selon l'exemple des autres pays construire des maisons pour les enfants abandonnés et les orphelins que dans ces maisons l'éducation des ces enfants soit assurée et qu'ils puissent après contribuer à leur communauté. Cependant ces propositions restaient sur papiers.

Au début du 18ème siècle, le métropolite de Novgorod, Jove (mort en 1716), se distingue en ouvrant dans son diocèse en 1706 trois cliniques, un refuge (maison pour les vagabonds), et aussi une «maison pour les enfants illégitimes et tous autres enfants trouvés», dans un monastère désaffecté Holmovo-Ouspenskiy (?).[13] Ces initiatives de Jove sont soutenues par le pouvoir séculier. Par un arrêté du 31 janvier 1712, Pierre Ier donne les instructions suivantes : « Dans tous les gouvernements, fonder des hôpitaux pour les invalides, et pour recevoir en toute discrétion et nourrir les enfants, qui sont nés d'une femme de façon illégitime, selon l'exemple de l'archiprêtre de Novgorod. »[14] Pierre ne laisse pas sans attention ce problème ensuite. Ainsi en témoignent les notes sur ses cahiers personnels, qu'en 1714, après la mort de sa sœur Natalia, l'Hôtel Dieu (bogad'elnia) qu'elle avait fondé est transformé en « une maison pour les malheureux -nés (il s'agissait des naissances illégitimes) et tous les autres petits enfants », ainsi que la publication par le Sénat en 1715 du décret « Sur la réalisation dans les villes auprès des églises d'hôpitaux pour l'accueil et le soin des enfants illégitimes. » Il prescrit de construire à Moscou une « mazanka » (maison crépie), et dans les autres villes des maisons en bois et y

[12] Collection complète des lois de l'Empire de Russie [Polnoe sobranie zakonov Rossijskoj imperii (PSZ)], SPb, 1830, vol. I, №1, p.156

[13] Sf. A.Gorchakov – *Monastyrski prikaz.* 1863. On peut citer aussi N.B.Mirskij, qui note qu'un monastère entier à Kholmovo (?) a été chargé de maintenir cet orphelinat. Sf N.B.Mirskij – Medicina v Rossii XVI-XIX vekov. [Médecine en Russie de XVII-XIX sciècles] Moscou : ROSSPEN, 1996, p.52. Cependant dans la bibliographie de Jove il est indiqué qu'il est fondé cet établissement sur ses propres deniers dans les bâtiments d'un monastère désaffecté (cf. Polovtsev A.A. (dir.) *Le dictionnaire biographique russe*. SPb, 1897, Vol.8, p.310. Il n'est pas claire de quel monastère et de quel endroit il s'agit.

[14] PSZ, vol.IV, n° 2467-18, p.779

rassembler « des bonnes femmes pour garder des petits enfants de la honte. »[15] Donc, si auparavant l'assistance aux enfants trouvés et aux orphelins pauvres n'était qu'une affaire de la charité chrétienne, à partir de ce moment, elle est devenue une affaire d'état, et les infants illégitimes eux-mêmes sont devenus la propriété d'état pour Pierre le Grand, un constructeur farouche de la monarchie absout. Pour ne pas décourager les mères des enfants illégitimes de les envoyer aux maisons des enfants trouvés Pierre 1er a prescrit de respecter l'anonymat des personnes apportant un enfant.

Si Pierre Ier a pris le destin des enfants trouvés sous la tutelle d'état, il ne s'agissait pas de les prendre à sa charge. Aucune institution centrale n'était prévue pour assumer la responsabilité de gestion et de contrôle sur les orphelinats et les maisons des enfants trouvés. En effet, ils devaient être financés, selon les idées du monarque, des ressources de l'administration locale, qui ne font pas la partie du budget d'état, ainsi que des revenus de l'église et par les actes de bienfaisance. Le Sénat a envoyé alors plus de 20 milles lettres dans des villes avec une invitation de cotiser pour la cause de l'assistance aux orphelins et aux enfants illégitimes. Mais l'affaire n'a pas bien marché et les instructions du tzar sont restées pour l'essentiel lettre morte. Les enfants orphelins étaient reçus en nombre très réduit et élevés dans les monastères moscovites de Novodevitchiy (Nouveaux des jeunes filles) et d'Andronic et à partir de 1714 dans un orphelinat à Saint-Pétersbourg. Le système instauré par Pierre le Grand restait en vigueur jusqu'au début des années 1760, quand l'activité de Ivan Ivanovich Betskoï, conseiller d'Etat et président de l'Académie de beaux-arts, a marqué un point tournant dans l'histoire. [16]

En 1763 Betskoï a présenté à l'Impératrice le rapport sur la fondation de cet établissement où l'accent a été mis sur la miséricorde et la nécessité de sauver pour la puissance de la Russie le nombre important de sujet morts chaque année à l'age précoce. Ce rapport a été approuvé le 10 juin 1763 à Moscou, et à sa suite la première institution importante dans l'histoire de la Russie pour les enfants illégitimes et abandonnés est la « Vospitatel'nyj dom » (Maison d'éducation) à Moscou a été ouvert le 21 avril 1764, le jour de 35ème anniversaire de

[15] PSZ, vol.V, n° 2953 ; Sf. Mirski N.B. Op.cit. p.51-53 ; Konus K.M. Istoki russkoi pediatrii, [Sources de la pédiatrie russe] M., 1946, p.44. ; Tchistovich Ja. – Istoria pervyh medicinskih shkol v Rossii.[Histoire des premières écoles de médecine en Russie]. Spb. 1883.

[16] I.I. Betskoï selon le droit russe, était lui-même un enfant illégitime. Il est né à Stockholm en 1704, où son père, le prince Ivan Jur'evitch Trubetskoï, se trouvait en captivité en Suède, et s'était marié avec la baronne Vreda alors que sa première femme était toujours en vie. Son nom de famille, Betskoï, n'est que la raccourci de nom TrouBetskoï. Il a passé sa jeunesse à l'étranger. En 1722-1729 il est à Paris comme le secrétaire de l'ambassade de la Russie. A cette époque il a été présenté à la duchesse Jeanne-Elizabeth, mère de la future l'Impératrice Catherine II (né le 21 avril 1729 sic !), avec laquelle il avait le relations très amicales. En 1747 il a pris sa démission et se rendit de nouveaux à Paris où cette fois-ce il a passé 15 ans. Il a fait la connaissance des encyclopédistes et adopté leurs idées. Après son retour en Russie il a consacré sa vie à la cause de l'éducation des jeunes générations. (Sf. P.M.Maykov – Iv.Iv.Betski. Etude sur la biographie.[Iv.Iv.Betski. Opyt biografii] SPb, 1904.)

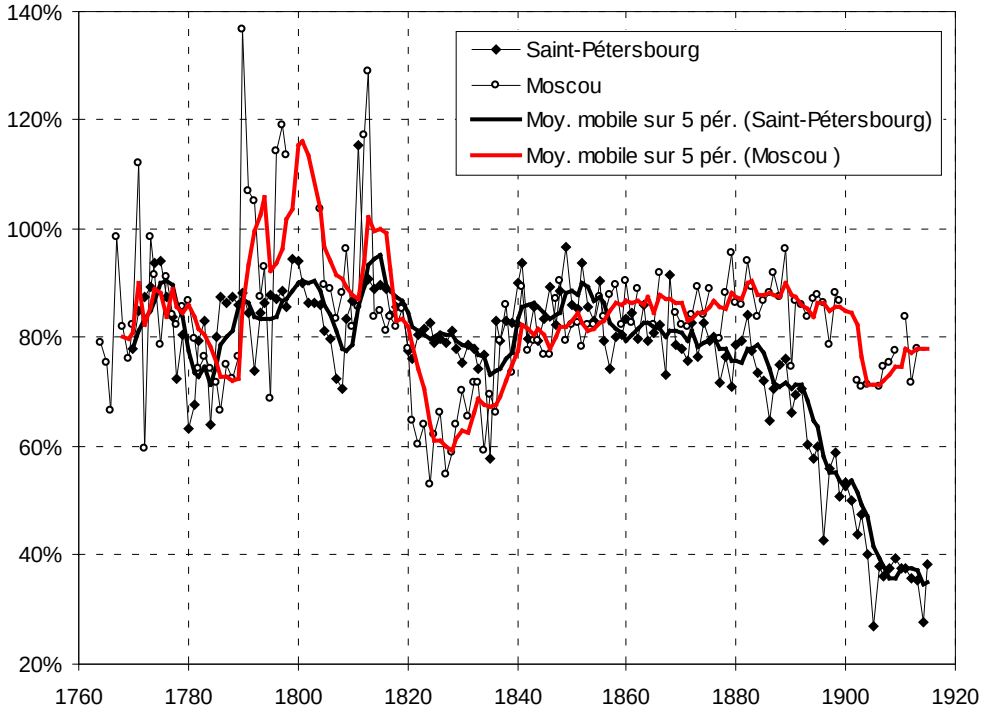
l'Impératrice. Mais avant cet événement, le 1 septembre 1763 elle a décidé que la Maison d'éducation fût un établissement d'état. Pour ces œuvres la Maison d'éducation a reçu des privilèges importants dans le domaine de l'activité économique. Cela lui a permis d'accumuler rapidement des moyens très importants. D'autres privilèges ont été prévus pour les enfants admis.

Le 12 mars de 1764 Betskiy a présenté la première partie de son « Statut général sur l'éducation de la jeunesse de deux sexes. »[17] La deuxième et la troisième partie ont été présentés en 1767. Un point le plus important que le Statut de Betskoï a déclaré que des parents pauvres avaient le droit d'élever leurs enfants aux frais d'état. En effet, les établissements fondés selon les indications de Pierre 1er et destinés exclusivement pour les enfants illégitimes laissaient quand même la possibilité d'y amener un enfant légitime car le respect d'anonymat a été prescrit. Par contre, le projet de Betskoï en a fait un principe qui était en fait la clé de voûte dans son système.[18] Selon les idées de Betskoï soutenues par Catherine II, les maisons d'éducations des enfants trouvés auraient formé les gens de « tiers état » que la Russie manquait. Mais la réalité était décevante. Plus que deux tiers de 532 enfants admis à la Maison d'éducation en 1764 était mort cette année même. En 1767 le rapport entre le nombre des admis et le nombre de décès s'est élevé même de 98.5%. Avec une variation faible la situation se reproduisait les années suivantes. (graphique 4)

[17] Tous les plans, les idées et les statut des établissements dont il avait été le créateur, mélangé dans un volume « Etablissement et Statuts concernant l'éducation en Russie de la jeunesse de deux sexe » [Ouchrejdenia i Oustavy, kasai'ustchiesia do vospitania v Rosii oboiego pola iunosshestva] sont publié à Saint-Pétersbourg en 1774

[18] La arrêté de la Convention du 29 novembre 1790 n'a déclaré un tel droit que pour les enfants illégitimes ou abandonnés qui étaient considerés comme « les enfants naturels de la partie. »

Figure 4 *Le rapport entre le nombre annuel des enfants décédés et le nombre d'enfant admis*



Sources : David L.Ransel -Mothers of misery. Child Abandonment in Russia. Princeton University Press.1988 p.303-308; A.I-ov "Les maisons d'éducation en Russie" *Vestnik Evropy*, vol.25 no 6, Juin 1890, p.458-542

Bien que cette mortalité ait ridiculisé le slogan – « Vous allez rester vivants » que Betskoï avait fait écrire au-dessus de la porte, mais elle n'a pas découragé l'auteur du projet. En 1770 une Maison d'éducation a été créée à Saint-Pétersbourg où la mortalité des enfants était de même niveau qu'à Moscou. On ne peut pas suivre de près toutes les mésaventures des ces deux établissements principaux. Cela a été fait par plusieurs auteurs. Un ouvrage le plus compète à ce propos a été publié récemment.[19] Mais il est important d'indiquer que depuis la création de ces maisons la diminution de la mortalité des enfants admis est devenue un souci essentiel des leurs partons. D'autre côté, la mortalité énorme des enfants pris en charge de la société a posé la question sur la responsabilité de la société pour la vie des enfants en général. Désormais la mort d'un enfant n'était plus considérée comme une affaire privée, elle est devenue la cause publique.

Formation de mouvements sociaux.

Le mouvement social pour la baisse de la mortalité infantile naît, au sein de l'intelligentsia russe, dans la seconde moitié du 19ème siècle, quand, dans les villages, et sur l'exemple français,

[19] Cf. Ransel, David L.(1988) – Mothers of misery. Child abandonment in Russia.- Princeton : Princeton University Press, 1988. - XIV-330 p

sont créés des crèches, des lieux de bienfaisance, "la goutte de lait".[20] Mais il ne s'agissait encore que de quelques initiatives ponctuelles. Ce mouvement ne prend un caractère massif qu'au début du 20ème siècle, quand la société des médecins russes devint suffisamment puissante et nombreuse, quand les médecins des zemstva, des villes et des fabriques avaient acquis une grande expérience du travail avec la population et que furent établies les bases d'une statistique sanitaire.

En 1901, à l'initiative du pédiatre N.P. Gundobin, est créée une commission officielle pour l'étude de la mortalité des enfants. En 1904, le médecin N.A. Russkikh organise «L'union pour la lutte contre la mortalité des enfants en Russie», en 1908 est créée la «société de protection de la maternité et de l'enfance à Moscou», et en 1909 « la société moscovite de lutte contre la mortalité des enfants. » L'élément déterminant de croissance du mouvement a lieu en 1913 quand, après le premier congrès des médecins pour enfants à l'initiative du pédiatre K.A. Rauhfus, fut créée «la curature de toute la Russie de protection maternelle et infantile", qui, à partir de moyens de bienfaisance, a commencé à organiser des consultations pour enfants, des cuisines de lait, des crèches, orphelinats, etc. Dans le cadre de ce mouvement, de plus en plus orienté vers la résolution du problème concret de l'amélioration de la santé de la population, se crée la conception du future système de protection maternelle et infantile, dont la création réelle est reportée pour longtemps en raison de la Première guerre mondiale et des événements qui la suivent de 1917 à 1924.

[20] Les premières crèches ont été organisées dans les campagnes de Russie en 1881, et la première « Goutte de lait » a été ouverte par le professeur Troïtskiï à Kiev en 1895. Une autre « Goutte de lait » a été ouverte à Kharkov le 15 juin 1907. Cf. Iampolsli S.M. « La goutte de lait et son rôle dans la lutte contre la mortalité infantile » [Kaplia moloka i ee znachenie v bor'be s detsko'i smertnost'u] *Vrachebnaia gazeta*, N°43, 1909 ; Tomilin S.A. *Démographie et hygiène sociale* Moscou, 1978, p.237.

Le système soviétique de protection maternelle et infantile

La création du système – 1917-1936

Si on peut supposer qu'à la fin du 19ème et au début 20ème siècle, la Russie était à l'aube d'une croissance rapide et massive du système de santé publique, la Première guerre mondiale et la Révolution de 1917 n'ont pas seulement fortement ralenti cette croissance, mais ont conduit à une certaine dégradation, liée à la détérioration des infrastructures et à l'absence de cadres, en raison de la conscription. A partir du début des années 1920 le développement du système de santé en Russie (puis en URSS) reçoit une nouvelle impulsion, tenant au fait que l'idée du développement de la protection de la santé, développée par la société russe avant la révolution, reçoit un soutien institutionnel et politique du nouveau gouvernement. L'enthousiasme des médecins joue un rôle important, suscité par les déclarations officielles selon lesquelles le bien du peuple est le but principal du nouveau gouvernement socialiste.

Pratiquement dès les premiers jours qui suivent la Révolution russe, la protection maternelle et infantile reçoit un statut public. En décembre 1917 le collège du Commissariat du peuple (Ministère) à l'assistance publique, dirigé par A.A. Kollontaï, prend la décision de créer un département de protection maternelle et infantile, qui commence à fonctionner à partir du 1er janvier 1918, sous la direction de V.P. Lebedeva. Selon le décret du même commissariat, en date du 30 janvier 1918, toutes les administrations, s'occupant de soutien à la mère et l'enfant, sont incluses dans ce département. La lutte contre la mortalité infantile élevée passant alors au premier plan, le département engage un programme important d'organisation de maisons pour enfants, de maisons pour les femmes et d'hôpitaux pour enfants. En 1920 ont déjà été créées 108 maisons pour enfants et 267 orphelinats pour les enfants allaités et maisons pour enfants âgés de moins de 3 ans.

Après la création du Commissariat du peuple à la santé, le département de la protection maternelle et infantile ainsi que le département de l'hygiène scolaire, qui fonctionnaient au sein du Commissariat du peuple à l'éducation, sont fusionnés au sein du Département de protection de la santé des enfants et des adolescents. En 1927, l'organisation de l'aide à la naissance, qui se trouvait au sein du Département de soin au Commissariat du peuple à la santé entre aussi au sein de ce Département. Mais, en 1932, le VCIK (Comité exécutif) et le Sovnarkom (Conseil des Ministres) de RSFSR publient un décret consacré au développement du service de crèches dans les villes, les centres industriels, les Sovkhoz, les MTS (Stations de Machines agricoles) et les kolkhozes, séparant le système, jusqu'alors unifié, de protection maternelle et infantile en une direction de l'aide à la naissance et une direction des crèches. Le premier avait la

responsabilité des consultations féminines et des maternités, et le second celle des crèches, des consultations infantiles, des stations pour nourrir les enfants, des cuisines de lait, ainsi que de la préparation des cadres et du travail de préparation de projets types de constructions d'édifices pour les crèches. Plus tardivement, en 1938, le Département de protection maternelle et infantile est fusionné avec le Département de protection de la santé des enfants et des adolescents au sein du Narkomzdrav (Ministère de la santé), qui rentre en 1939 dans le cadre de la Direction générale de l'aide soignante et prophylactique aux femmes et aux enfants au sein du Minzdrav d'URSS, et prend en charge tout le travail de protection maternelle et infantile, de la planification familiale jusqu'à la protection de la santé des adolescents.

La question de la préparation de cadres qualifiés trouve aussi une solution, en particulier à la suite de la décision, prise en 1922 à Moscou, Kharkov, Kiev et Petrograd, puis dans d'autres villes de créer des instituts de protection maternelle et infantile et des instituts de protection de la santé des enfants et des adolescents, à la fois institut de recherche scientifique et de soin. En 1930 dans le Deuxième institut médical de Moscou est créée une faculté de protection maternelle et infantile, qui disposait d'un département d'accouchement-gynécologie, qui existait jusqu'en 1936, quand la faculté est transformée en faculté pédiatrique. Au même moment est ouvert un institut de médecine pédiatrique à Leningrad, puis des facultés de pédiatrie sont ouvertes dans toutes les républiques soviétiques.

Malgré une très forte tendance à la centralisation et à la bureaucratisation du système soviétique, le travail d'organisation d'aide médicale et prophylactique aux femmes et aux enfants conserve des éléments d'une « démocratie professionnelle. » Ceci est possible, au moins durant les 10 premières années du pouvoir soviétique, grâce aux réunions sur la protection de la maternité et de l'enfance, qui se tiennent en 1920, 1923, 1925 et 1929. Ces réunions ont joué un rôle important dans le choix d'une stratégie de développement du système, de résolution des questions d'organisation et de formation des cadres.

Dès le début de son fonctionnement (durant la guerre civile et la période du communisme de guerre) le système a concentré tous ses efforts au développement « des institutions closes », comme les maisons de la mère et de l'enfant, les maisons des enfants, etc., soit, plus simplement, des hôpitaux spécialisés. En décembre 1920, la première réunion sur la protection de la maternité et de l'enfance prend la décision de rendre prioritaire le développement d'institutions ouvertes, comme les crèches, les consultations, les cuisines du lait, etc., décision qui peut être considérée comme la victoire (provisoire) d'une orientation prophylactique éducatrice. Après 1920 les consultations de soin aux enfants de moins d'un an se transforment en écoles des mères.

Alors naissent aussi les consultations pour les femmes enceintes, qui ne s'occupent au début que des femmes enceintes, puis de toutes les femmes. A partir de 1924 les consultations féminines commencent à donner l'autorisation pour effectuer un avortement gratuitement. Au début l'activité des consultations féminines et infantiles est exclusivement prophylactique, mais elles prennent peu à peu une fonction de soin. Il devient évident que, les fonctions de soins deviennent rapidement plus importantes que l'activité strictement prophylactique, et, à la suite des années 1920, se déroulent des discussions actives sur les perspectives de la protection maternelle et infantile en URSS, en particulier proposant de renforcer la spécialisation en créant des consultations :

- pour femmes enceintes
- gynécologiques (dans des hôpitaux gynécologiques)
- de prévention des naissances (service de planification familiale)
- pour enfants.

Les auteurs de telles propositions sont des médecins expérimentés, qui démontrent l'impossibilité d'un travail effectif et d'un mélange direct entre les fonctions de soin et prophylactiques. Mais leurs positions ne sont pas reconnues et, jusqu'en 1930, les consultations féminines conservent une fonction de soin des maladies gynécologiques, qui domine leur activité sans aucun doute. En conséquence, au début de l'année 1930 est formé un système à trois branches, qui existent jusqu'à aujourd'hui:

1. Les consultations féminines, qui s'occupent des maladies gynécologiques, du suivi de la grossesse, du diagnostic de la grossesse et de l'orientation pour la pratique d'un avortement;
2. Les maisons d'accouchement, incluses en 1927 dans le système de protection de la maternité et de l'enfance;
3. Les polycliniques pour enfants, dont les médecins assument la surveillance médicale et soignent les enfants à partir de leur sortie des maisons d'accouchement et jusqu'à l'âge de 15 ans.

Un élément des plus importants de ce système est la notion de l'éducation extra-familiale, c'est à dire des crèches, dans lesquelles la femme peut donner son enfant à partir de l'âge de 2-3 mois, et des jardins d'enfants, pour les enfants ayant entre 3 et 7 ans. Ces institutions ont joué sans aucun doute un rôle positif dans l'amélioration de la santé des enfants et la baisse de la mortalité infantile, puisque les conditions sanitaires tant en ville qu'à la campagne, y étaient en moyenne meilleures que dans les logements des familles. Dans ces institutions préscolaires, régime de vie et nourriture étaient surveillés, et des visites préventives étaient régulièrement effectuées par des médecins, ainsi que la vaccination. Mais l'un des buts principaux des crèches était la garde des enfants pour permettre à la femme de travailler.

Il faut remarquer que l'arrivée au pouvoir des bolcheviques donna à la de protection maternelle et infantile une dimension plus politique, le discours évoquant une protection de la santé de «la femme-travailleuse» et de la création des conditions pour les femmes de concilier travail et maternité. [21]

Le développement – 1936 - 1960

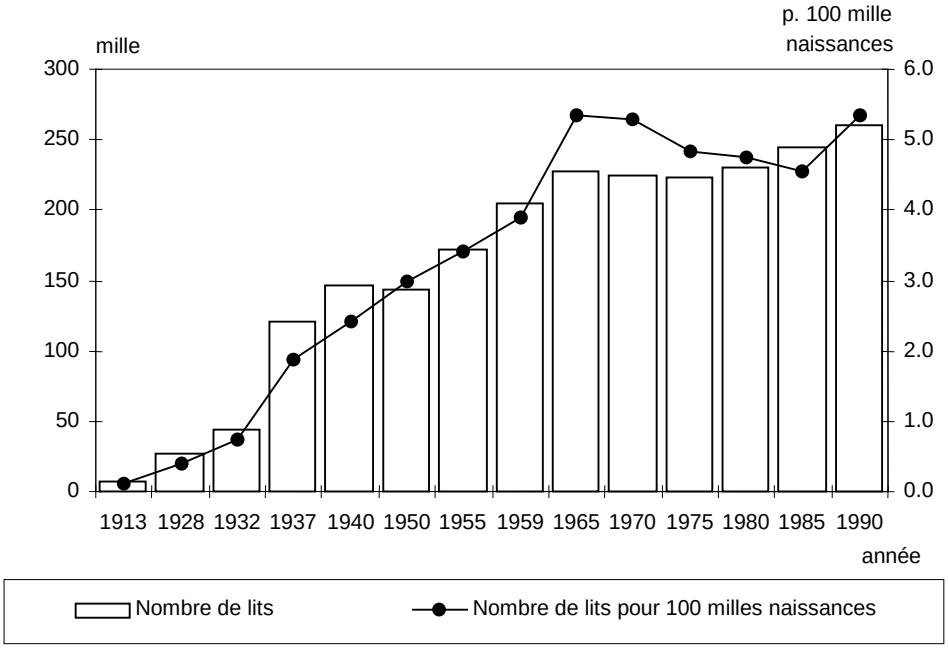
Un moment charnière du développement du système de protection de la maternité et de l'enfance en URSS date de 1936, quand est pris le fameux décret du 26 juillet 1936 sur l'interdiction de l'avortement. En réalité, il avait un caractère plus large, étant intitulé: « Sur l'interdiction de l'avortement, l'augmentation du soutien matériel aux nouveau-nés, l'instauration d'une aide publique aux familles nombreuses, l'élargissement du réseau de maisons d'accouchement, de crèches et de maisons d'enfants, du renforcement de la peine en cas de non paiement de la pension alimentaire et de quelques changements dans la législation des divorces. »

Après ce décret le système connaît une réelle extension. Entre 1936 et 1938 sont ouverts : 52,5 mille lits dans les maisons d'accouchement, dont 41,3 mille lits en milieu rural; 14,4 mille points d'accouchement en milieu rural; plus d'un million de places dans des crèches et près de cinq millions de places dans des crèches saisonnières en milieu rural; 800 nouvelles « cuisines du lait. » Les «maisons d'accouchement des kolkhozes» prennent une importance particulière, le nombre de place étant presque doublé entre 1936 et 1938, croissant particulièrement vite en Asie Centrale et dans le Caucase (multiplication par près de 5 en 3 ans). En conséquence, en 1940, 90% des nouveau-nés dans les villes et 26,3% dans les campagnes étaient couverts par ce système d'aide à la naissance. La croissance rapide d'une accessibilité au soutien à la naissance, qui diminue pendant la Seconde guerre mondiale, croît de nouveau dans les années 1950 et atteint un sommer au début des années 1960, quand l'essentiel des naissances, tant à la campagne qu'à la ville, ont lieu dans des maisons d'accouchement. (Figure 5)

En dehors de l'effectif des médecins, à partir de la fin des années 1930, l'apparition de nouveaux soins influe fortement sur les tendances de la mortalité infantile, en particulier les sulfamides et les antibiotiques, qui permettent de faire baisser brutalement et rapidement la mortalité infantile, même durant les années de guerre.

[21] Cf. Goldman, W.Z.– Women, State and Revolution: Soviet policy and Social life 1917-1936, Cambridge University Press, Cambridge, N.Y., Melbourne, 1993, XI+352 p.; Alain Blum. – Naître, vivre et mourir en URSS: 1917-1991. Paris: Plon, 1994. 274 p.

Figure 5 *Croissance du nombre de lits pour les femmes enceintes (nombre absolu et pour 100 000 naissances)*

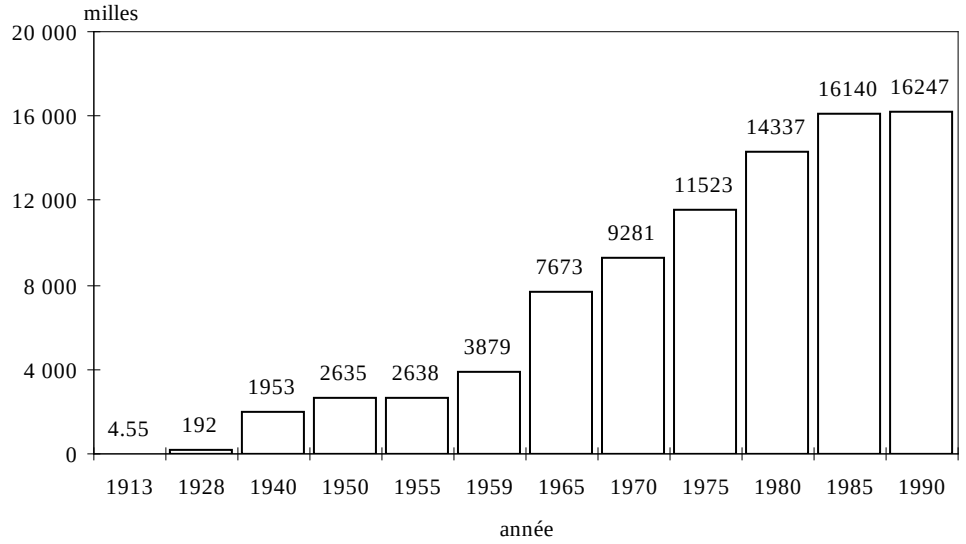


De nombreux auteurs attribuent directement la baisse de la mortalité infantile à l'arrivée de ces nouveaux soins dans la pratique médicale. (Sifman, 1979, Zakharov, 1996) Mais, sans aucun doute, le succès de cette arrivée d'une nouvelle technologie a été beaucoup facilité par le développement d'une infrastructure, et d'un système bien organisé de diffusion de ces remèdes, créé à la fin des années 1930.

A partir du milieu des années 1930 la croissance du nombre d'établissements d'éducation extra-familiale des enfants s'accélère. En 1918 le nombre de place dans les crèches permanentes et saisonnières était, pour l'ensemble de l'URSS, légèrement supérieur à 25 000, il est multiplié par 100 jusqu'en 1929, et, en 1936 ce nombre est de 4,7 millions et de 7,3 millions en 1938.[22] La partie la plus importante était dans des crèches saisonnières, organisées dans les campagnes au moment des travaux agricoles de l'été pour les enfants de paysans passant toutes les journées d'hiver avec leurs parents. Mais le nombre de places dans les crèches permanentes croît aussi très vite (figure 6), jusqu'en 1970, quand environ 50% de tous les enfants de moins de 7 ans ont une place dans un tel établissement. Ce niveau se stabilise jusqu'à la fin des années 80.

[22] En URSS les crèches accueillent les enfants à l'âge de moins 3 ans ; les écoles maternelles (« jardins d'enfants ») sont destiné pour les enfants de 3 à 7 ans. A l'âge de 7 ans ou parfois à 6 ans les enfants sont admis à l'école primaire.

Figure 6 *Croissance du nombre de place dans des établissements préscolaires en URSS*



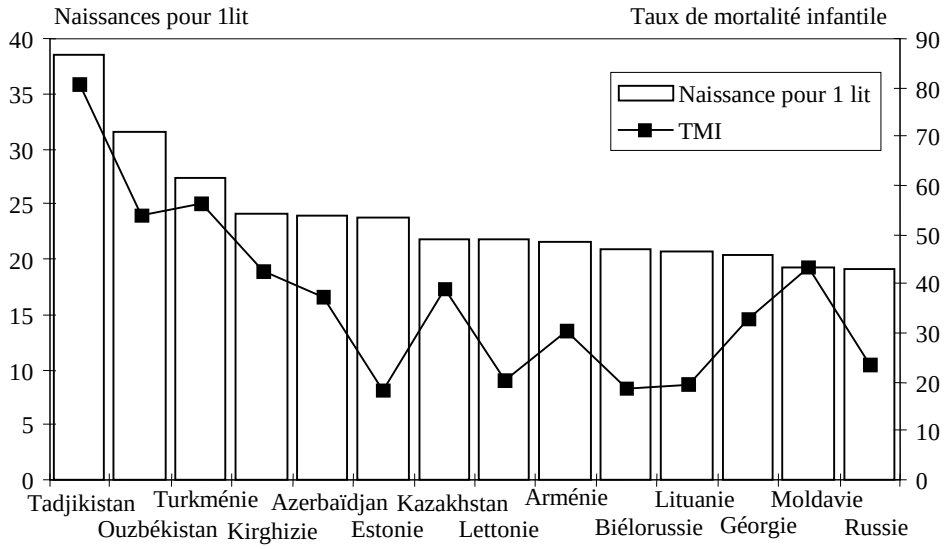
A partir du milieu des années 1960 le développement du système ralentit sensiblement, si même il ne s'interrompt pas. Cela est vrai non seulement dans l'URSS dans son ensemble, mais dans toutes les républiques. A partir de la fin des années 1980 toutes les républiques soviétiques sont plus ou moins identiquement équipées, alors qu'en 1918 et dans les années 20 et 30 le système de soutien médical était très inégalement réparti géographiquement, concentré essentiellement dans les villes de la partie européenne de la Russie et en Ukraine. Dans le Caucase, en 1918, il n'y avait que 142 lits spécialisés pour les accouchements, en Asie moyenne 58, parmi lesquels 11 au Turkménistan et 47 en Ouzbékistan. Sur les territoires du Tadjikistan, du Kazakhstan et de la Kirghizie il n'y en avait pas. Bien entendu, cela ne signifie pas, que sur le territoire de ces républiques, l'aide médicale à la naissance manquait complètement, mais il manquait des places spécifiquement affectées, et les accouchements étaient pris en charges par des médecins généralistes et des infirmiers, qui étaient de toute façon peu nombreux. Comme l'on voit sur le tableau 3, la rapidité du développement extensif de l'assistance à la naissance ralentit au début des années 1960 dans la partie européenne, mais a continué à être relativement rapide en Asie moyenne. Il faut noter ici que, si le niveau de la natalité dans la partie européenne de l'URSS dans les années 1960 commence à décroître rapidement (A.Avdeev, A.Monnier, 1994), il reste élevé dans les républiques d'Asie Centrale et connaît même, alors, une tendance à la hausse. La charge pour un lit médical et d'accouchement pour les femmes enceintes et les nouveau-nés en Asie centrale était donc significativement plus élevée que dans la partie européenne de l'URSS (Figure. 7)

Tableau 3 *Nombre de lit pour les femmes enceintes dans les hôpitaux et les maisons d'accouchement en URSS.*

	1918	*1931*	*1936*	*1937*	*1940*	*1965*	*1970*	*1980*	*1990*
URSS	5 854	31 296	46 340	59 791	147 100	227 000	223 800	230 400	260 000
RSFSR	4 696	23 433	33 387	41 600	90 700	118 300	110 300	113100	122 700
Ukraine	879	5 291	7 626	11 191	35 000	47 800	45 100	39 700	39 600
Biélorussie	79	887	1 322	1 861	5 400	7 500	6 900	7 300	7 600
Moldavie	...	...	...	...	600	4 400	4 500	3 600	4 100
Géorgie	⎫	⎫	441	582	1 900	4 200	4 400	4 300	5 000
Azerbaïdjan	⎬ 142	⎬ 630	703	825	2 000	4 300	5 600	6 600	7 600
Arménie	⎭	⎭	181	244	700	2 700	2 800	2 800	3 300
Kazakhstan	--	--	1 022	1 505	4 300	14 000	16 300	16 400	19 300
Ouzbékistan	47	730	984	1 170	2 800	11 000	13 400	19 200	27 600
Kirghizie	--	--	267	305	800	3 200	4 000	4 500	5 300
Tadjikistan	--	--	195	226	600	2 200	2 900	4 000	6 700
Turkménie	11	166	212	282	800	1 900	2 800	3 800	5 500
Lituanie	...	...	...	...	400	2 500	2 500	2 500	2 800
Lettonie	...	...	...	...	800	1 500	1 400	1 600	1 800
Estonie	...	...	...	...	300	800	900	1 000	1 100

Source: Grande Encyclopedia Soviétique. Edition de 1939, v.43 p.703-704; Economie nationale de l'URSS. 1922-1982. Moscou "Finansy i statistika",1982, p.546, Economie nationale de l'URSS en 1990 (annuaire statistique), Moscou: "Finansy i statistika",1991, p.260

Figure 7 *Niveau de la mortalité infantile et rapport « naissances pour un lit maternel » par république soviétique en 1975.*

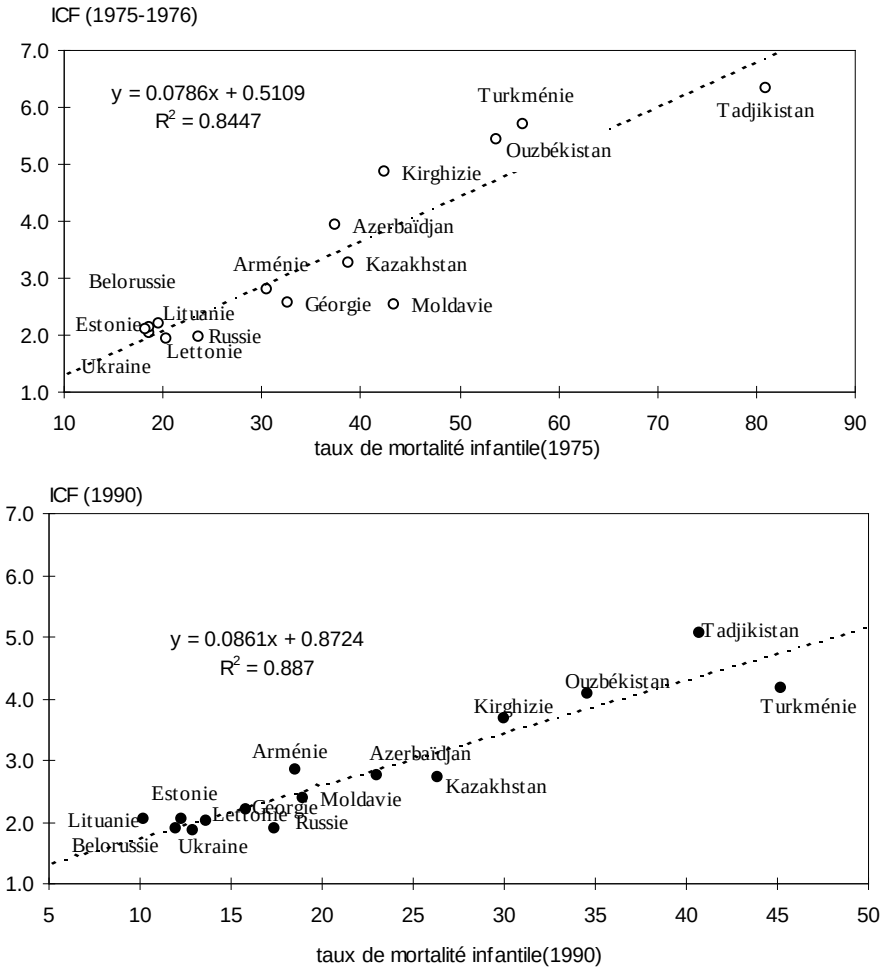


Estimer l'influence du développement de l'assistance médicale aux femmes et aux enfants sur le niveau de la mortalité infantile en Asie Central est une question plus difficile qu'il ne le semble au premier regard. En effet, de la fin des années 50-début des années 60 jusqu'à la fin des années 1980 le taux de mortalité infantile croît significativement au Tadjikistan, Turkménie et Ouzbékistan. Cette croissance peut partiellement s'expliquer par une amélioration de l'enregistrement des naissances et des décès, dans lequel l'amélioration du système de santé joue un rôle non négligeable. Qui plus est, l'augmentation de la natalité dans les républiques d'Asie Centrale peut être un facteur d'augmentation de la mortalité infantile. Enfin, dans les conditions

d'une natalité élevée, le début d'une pratique de la limitation des naissances, ne conduit pas obligatoirement à une baisse de la mortalité infantile.[23].

Il est vraisemblable que, s'il n'y avait pas eu de développement du système de santé publique dans les années 1960-1980 en Asie Central, l'accroissement de la mortalité infantile dans ces régions aurait été plus sensible. Bien qu'il n'y ait pas de démonstration statistique, on peut supposer cela car la baisse de la mortalité infantile en Asie moyenne a été plus rapide que la baisse de la fécondité. (Figure 8)

Figure 8 *Indicateur conjoncturel de fécondité et niveau de la mortalité infantile dans les diverses républiques soviétiques en 1975/76 et en 1990*



On peut supposer que, à partir du milieu des années 1970, dans les républiques ayant un faible niveau de fécondité et une population stable et dense (Républiques baltes et Biélorussie) l'accès de la population à des lits d'hôpitaux atteint une efficacité limite, lorsque sa croissance cesse d'avoir un impact sur le niveau de mortalité infantile, les facteurs principaux en devenant

[23] Cf . Bongaarts J. – « Does family planning reduce infant mortality rates ? » *Population and Development Review*. 1987, n°2, p.323-334.

des facteurs de comportement et de mode de vie. Mais, en Asie Centrale, l'importance du développement extensif du système de santé publique conserve son rôle sur la baisse de la mortalité infantile jusqu'à l'éclatement de l'URSS, et peut-être jusqu'à aujourd'hui.

Conclusion de la première partie

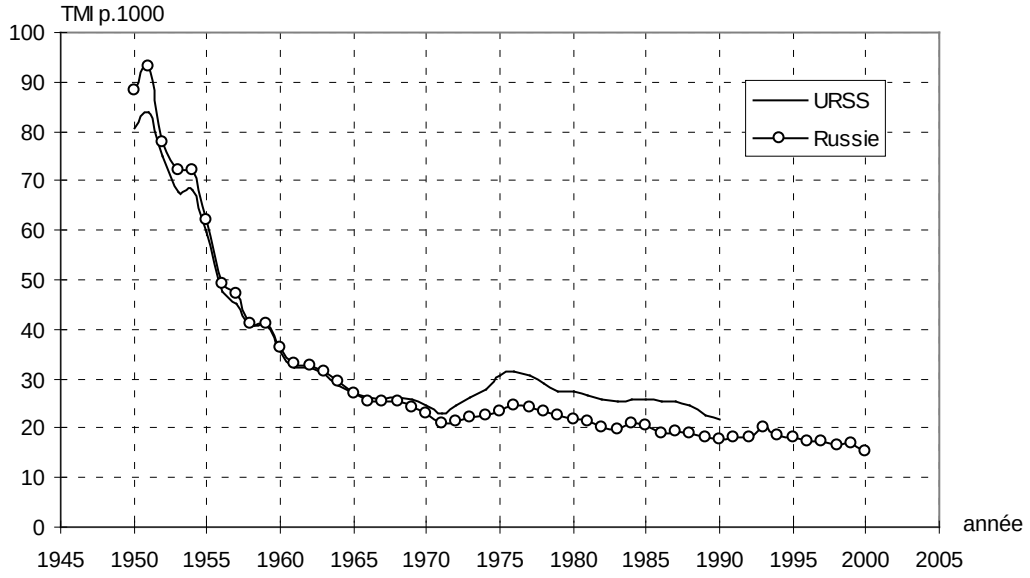
Ce survol schématique de l'histoire de la protection maternelle et infantile en URSS des années 1920-début des années 1930 laisse à penser que c'est «l'histoire des décrets», des décisions centrales, produites par les organes d'administration centrale. Ces décrets ne prévoyaient pas de soutien financier et leur effet fut peu important. Comme l'ont remarqué les chercheurs, les variations de la mortalité infantile durant ces années là sont liées aux changements des conditions de vie, et non à des mesures spécifiques.[24]. Malgré tout, cette période voit la création des contours essentiels d'un système de la protection maternelle et infantile en URSS: préparation d'une formation de cadres qualifiés, création d'un système centralisé et d'une conception définissant les fonctions et les buts des différentes composantes de ce système.

Dans une seconde étape du développement, lorsque, à partir de la seconde moitié des années 1930 et particulièrement à la fin des années 1940 et durant les années 1950, le système dispose de ressources réelles, son efficacité sur la baisse de la mortalité infantile devient réelle. En particulier grâce à ce développement et à une organisation correcte du système, les produits tels que les sulfamides et les antibiotiques ont pu être diffusées très rapidement et ont joué un rôle fondamental dans une survie plus importante des enfants à partir de la fin des années 1940.

A partir de la fin des années 1960 l'importance du facteur que l'on peut dénommer « médical », et sur lequel s'est fondé le développement du système soviétique de santé publique, semble épuisé. Il est difficile de dire, si on peut appeler cela la crise du système soviétique de santé, mais il semble qu'il avait atteint les limites de son efficacité et que les possibilités d'influence sur les nouveaux facteurs déterminants la mortalité infantile, comme les modes de vie ou la situation écologique, étaient fortement limitées. Cela s'observe à travers le début de la stagnation du niveau de la mortalité infantile en URSS (Figure 9).

[24] Ptuha M.V. – Essayes de la statistique de la population [Otcherki statistiki nasselenia]. Moscou : Gosstatizdat, 1960, p.401-403.

Figure 9 *L'évolution du taux de mortalité infantile en URSS et en Russie 1950-2000*



La statistique des années 1990 permet d'émettre l'hypothèse que, après l'éclatement de l'URSS, les nouveaux Etats indépendants sont pleinement les héritiers des problèmes et traditions de la mortalité infantile de la période soviétique. [25] Paradigme

[25] Cf. Monnier A. – « La conjoncture démographique : l'Europe et les pays développés d'outre-mer. » *Population*, n°5, 1988, p.955-1024).

2. L'étude de la mortalité infantile en Russie et en URSS : discussions et paradigmes

La formation d'un paradigme: de «la pathologie sociale» à la «comptabilité sociale»

Bien que l'intérêt social et politique pour les questions de la protection infantile en Russie puisse être observé dès le 18ème siècle, les premières recherches scientifiques semblent apparaître seulement dans le second tiers du 19ème siècle. En 1833, la société de l'économie volontaire propose un prix pour l'étude des raisons de la mortalité élevée durant la première année de vie et offre cinq prix. Le travail le mieux classé est la traduction d'allemand de l'étude d'I.R.Lihtenshted sur la comparaison de la mortalité infantile en Russie et en Prusse avec des considérations sur les causes de la mortalité des enfants et sur les possibilités de la réduire.[26] Dans 30 ans on voit une thèse soutenue par un certain Sneguirev où l'auteur soulignait une influence capitale de déplorables conditions de vie de la population russe sur la mortalité infantile et appelait le gouvernement de prêter l'attention sur ce problème et d'en prendre les mesures.[27] En même temps presque la Société russe de géographie s'intéresse à cette question, primant en 1864 une étude exemplaire de Guiliarovskiy sur la natalité et mortalité des enfants dans la région de Novgorod.[28] L'ouvrage de Guilarivskiy a été le premier dans une série de publication de la nouvelle section statistique de la Société géographique.

Mais les possibilités d'une étude systématique de la mortalité infantile en Russie n'apparaissent pas avant la fin du 19ème siècle quand les scientifiques peuvent disposer d'un matériau statistique suffisant, rassemblé par le comité statistique national (CSK) aussi bien que par les organes statistiques de zemstva. Au début du 20ème siècle sont publiés les premiers travaux conséquents concernant la mortalité infantile, fondés sur un niveau méthodologique important, parmi lesquels il faut surtout remarquer les travaux de P.I. Kurkin (1902 et 1911), S.A. Glebovskiy et V.I. Grebenshchikov (1907) ainsi que S.A. Novosel'sky (1916). Mais, dans l'ensemble, on peut dire à la suite du statisticien sanitaire S.A. Tomilin, en 1930, que «l'exceptionnelle mortalité infantile en Russie n'a pratiquement pas été étudiée. A l'exception d'une ou deux dizaines de recherches statistiques, menées par les médecins sanitaires des zemstva, et d'un petit nombre de thèses, on ne peut pas trouver dans la littérature pré-

[26] I.R. .R.Lihtenshted – Sur les raisons d'une mortalité infantile élevée durant la première année de vie et les moyens de s'y opposer. Saint-Pétersbourg, 1840

[27] Sneguirev – Sur la mortalité des enfants durant la première année de leur vie. Etudes medico-statistique du gouvernement de Stavropol 1857-1862. . Saint-Pétersbourg, 1862. (O.G.Smelik dans son article « Sur l'historiographie des études de la mortalité infantile en Russie » (Dans : Les problèmes de l'histoire de la pensée démographique et la critique des concepts bourgeoise. Kiev, 1979) a attribué cette étude au père de la gynécologie russe Vladimir F.Snegirev, 1843-1916, qui n'avait que 14 ans quand cette thèse a été soutenue.

[28] F.V.Guiliarovskiy – Recherche sur la natalité et la mortalité des enfants dans le gouvernement de Novgorod. Composition d'archiprêtre F.V. Guiliarovskogo, le membre-correspondant de la Société géographique de Russie. Publié dans Les notes de la section de la statistique de la Société géographique de Russie, volume 1. Saint-Pétersbourg, 1866.

révolutionnaire un matériau significatif, levant le voile devant ce phénomène menaçant de la vie du peuple. »[29]

Malheureusement la période post-révolutionnaire ne se caractérise pas par des études approfondies de la mortalité infantile en URSS. Font exception quelques travaux réalisés par des démographes ukrainiens, fondés sur les données de la statistique sanitaire et les enquêtes par sondage des familles paysannes en Ukraine de 1923-1924. On peut citer parmi ces études, avant tout le travail remarquable de S.A. Tomilin (1930) ainsi que les articles intéressants de A.P. Homenko (1929) et M.V. Ptuha (1929). Comme dans la période pré-révolutionnaire, juste après la révolution, les représentants de «l'ancienne école» des statisticiens sanitaires russes ont construit la méthodologie de leurs recherches dans le cadre du paradigme de la pathologie sociale. Ils étudiaient les maladies et le niveau de la mortalité comme des faits sociaux, déterminés par les conditions et modes de vie. Pour cette raison leur intérêt central n'était pas tant la mesure de la mortalité infantile, que l'étude de ses facteurs. En particulier, ils étudient l'influence sur la survie des enfants des particularités de la maternité (rang de la naissance, intervalles entre naissances, âge de la mère, pratique d'allaitement), qui, dans une certaine mesure, dépendaient du statut socio-économique des familles. Cette approche était très progressiste. Utilisant une terminologie contemporaine, il est possible de dire que «l'ancienne école» ait commencé une étude des déterminants socio-économiques de la mortalité infantile en Russie à travers la mesure et l'étude des variables intermédiaires.[30]

Bien que les études de la mortalité infantile des années 20 se distinguent par leur pertinence méthodologique, leurs bases d'information restent aussi étroites qu'à la fin du siècle dernier. Il n'est pas possible de sortir de l'étude de cas particuliers, puisque le système de la statistique démographique publique vient d'être créé, et que les organes d'enregistrement des actes d'état civil ne couvrent pas l'ensemble du territoire du pays. Il faut remarquer que, malgré la pression idéologique soviétique, les publications concernant la mortalité infantile ne contiennent pas d'éléments polémiques forts, ont le caractère d'une connaissance positive dans le cadre d'un paradigme d'ensemble.

Dans la première décennie du pouvoir soviétique ce paradigme de pathologie sociale et les études elles-mêmes sur la mortalité infantile ont un soutien idéologique particulier du côté du politique, puisqu'elles participent à la critique de l'ancien régime responsable des conditions, qui ont conduit au niveau élevé de la mortalité infantile en Russie. Mais, vers la fin des années 1920, apparaît un refroidissement idéologique des relations entre le régime et les études

[29] Citation selon Tomilin S.(1973), p.221. Tomilin S.A. – « A propos de l'évaluation socio-hygiénique de la mortalité infantile en Ukaine » [K social'no-gigienitcheskoj ocenke detskoï smertnosti na Ukraine.] Dans : Tomilin S.A.– *Démographie et Hygiène Sociale. Œuvresséléctionnés [Demografia i social'naia gigiena. Izbrannye sočinenia]*. Moscou, « Statistika », 1973, p.221-240. Première publication en 1930 - *Social'no–gigienitcheskaïa otcenka detskoï smertnosti. Po materialam mezjdunarodnoj i ukrainskoj statistiki*. Kharkov

[30] Cf. Mosley W.Henry. and Lincoln C. Chen – « An Analytical Framework for Study of Child Survival in Developing Countries » *Population and Development Review.* A Supplement to volume 10 Child Survival. Strategies for Research . Mosley W.Henry. and Lincoln C. Chen (eds), 1984, p.25-45

sociodémographiques dans leur ensemble, et en particulier celles concernant la mortalité infantile. En effet, 10 ans après la chute de l'ancien régime il était déjà difficile de continuer à le considérer comme une cause principale de la mortalité infantile élevée ainsi que de la croissance du nombre d'avortement, baisse de la natalité, croissance du nombre de divorces, etc. En plus, dans le cadre de la conception d'une pathologie sociale les comparaisons entre l'URSS et les pays capitalistes sont devenues désavantageux pour l'état socialiste premier au monde. Pour cette raison, quand enfin est créé, au milieu des années 1930, un système effectif d'enregistrement des événements démographiques, au moins dans la partie européenne de l'URSS, les études sociodémographiques disparaissent, les publications tombent sous un strict contrôle idéologique, et la disponibilité des données démographiques est sévèrement réglementée (Avdeev, 1993 ; Blum A., 1994 ; Blum A. Dossiers et Recherches....,).

Cette situation est complétée par le démantèlement des instituts de démographie et des organismes de statistique démographique, suivi par l'annulation des résultats du recensement de 1937. Le climat de terreur entretenu par le régime stalinien avec la répression sanglante des statisticiens et démographes conduit à la disparition définitive du paradigme de la pathologie sociale dans la démographie de la mortalité. A partir de la fin des années 1930 toute l'énergie des statisticiens est orientée vers la résolution du problème «la qualité de la mesure», autour duquel apparaît une véritable psychose. La question même de la mesure des faits concrets et de la construction des indicateurs tombe dans l'ombre, puisque le calcul de n'importe quel indicateur non réglementaire peut être fatal à celui qui l'a réalisé. Ce souci de la complétude des décomptes apparaît, au premier regard, insensé, puisque la majorité des données originales se retrouve dans les archives sans aucune exploitation durant des dizaines d'années. En fait elle est la conséquence directe d'un système bureaucratique et devient l'enjeu principal des conflits, internes à cette bureaucratie, de concurrence au profit de la carrière de chacun.

Lorsque l'on observe tout ce qui se fait alors, le nouveau paradigme « de la comptabilité sociale » tient essentiellement à vérifier la complétude des comptes, et des études scientifiques peuvent être justifiées seulement si elles concernent la qualité du décompte. La mortalité infantile n'est pas une exception, et ainsi son étude à partir de la fin des années 1930 est pratiquement absente. Cela apparaît paradoxal, car cela coïncide, à la fin des années 1940, avec une période de baisse spectaculaire de la mortalité infantile, qui passe pratiquement inaperçue. Cette baisse de la mortalité a entraîné les dernières expressions de «l'ancienne école», après lesquelles commencent plus de 30 années de silence : en 1946 S.A. Novosel'skij publie un travail sur la survie des enfants jusqu'à un an dans Leningrad après le blocus, et R.I. Sifman réalise dès après la Seconde Guerre mondiale une étude sur les raisons de la baisse de la mortalité infantile, dont les résultats ne seront publiés qu'en 1979.

La discussion sur l'augmentation de la mortalité infantile en URSS dans les années 1970

La relation entre l'idéologie officielle et la question de la mortalité infantile en URSS après la Seconde Guerre mondiale est ambivalente. D'un côté, il y avait de quoi se féliciter, puisque la baisse du niveau de la mortalité infantile dans les années 1950 a été extrêmement rapide. Dans les conditions de la guerre froide et de l'opposition idéologique violente entre Est et Ouest, cela pouvait servir d'argument pour exprimer l'avantage du socialisme. D'un autre côté la mortalité infantile restait encore supérieure en URSS par rapport aux pays développés. Ainsi, la possibilité d'utiliser le niveau de mortalité infantile comme indicateur du bien être social était incertaine, tant pour l'idéologie soviétique que pour ses opposants occidentaux.

Bien que dans les années 1950 et le début des années 1960 la mortalité infantile ait pratiquement été le seul phénomène qui pouvait être entièrement décrit à l'aide des indicateurs démographiques classiques sur la base de l'enregistrement courant des actes d'état civil, l'intérêt pour son étude est resté très faible jusqu'au milieu des années 1970. Cela était essentiellement dû au fait que cette information est restée inaccessible aux chercheurs. Bien que les organes statistiques centraux eussent publié jusqu'en 1974 quelques données sur la mortalité infantile, elles étaient très insuffisantes pour réaliser une analyse sérieuse au niveau soviétique ou de chacune des républiques.

En 1972 la mortalité infantile en URSS commence à augmenter. En 4 ans, entre 1973 et 1976 le taux de mortalité infantile croît de 8,5 décès pour mille nouveau-nés. Ce fut la raison, à l'initiative du Ministère de la Santé de l'URSS, pour interrompre en 1975 la publication des données sur la mortalité infantile. Ce fait a suscité un énorme intérêt pour la question de la mortalité infantile parmi les démographes occidentaux, et, au début des années 1980 une discussion est menée dans les revues scientifiques sur les causes de cette augmentation (Dutton, 1979; Davis and Feshbach, 1980; Chesnais, 1981; Jones and Grupp, 1983; Feshbach, 1984; Field, 1986; Anderson and Silver, 1986, 1986a, 1987, 1987a; Kingkade, 1989; Blum et Monnier, 1988, 1989), intérêt qui s'élargit à l'ensemble des médias.

Les premiers à avoir porté attention à la croissance de la mortalité infantile en URSS, Davis and Feshbach (1980), voient comme cause de la croissance de la mortalité infantile un ensemble complexe de variables, attachées à la modernisation, : la détérioration de l'environnement, les changement des comportements maternels et d'allaitement au sein des enfants, et le fait d'atteindre les limites de l'efficacité de la croissance extensive (plus de médecins, plus de lits) du système de santé publique. L'hypothèse selon laquelle la croissance de la mortalité infantile pourrait être liée à une amélioration de l'enregistrement ou à des changements structurels de la natalité est rejetée par ces auteurs en des termes définitifs.

Un point de vue opposé est présenté par Jones and Grupp (1983), qui, au contraire, estiment que une partie importante de la croissance de la mortalité infantile est due à l'amélioration du décompte statistique en particulier dans le « tiers méridional de l'URSS. »

Un peu plus tard, M. Field (1986), reprenant ces diverses hypothèses, argue que, bien que l'amélioration de l'enregistrement ait vraisemblablement une place dans la croissance, on ne pouvait lui attribuer que du tiers à la moitié de la croissance du taux de mortalité infantile. En conséquence, les deux tiers ou la moitié de cette croissance devaient être attribués à une réelle augmentation de la mortalité des enfants, pas seulement dans le « tiers méridional » de l'URSS. Il cite, comme raisons vraisemblables de cette augmentation au début des années 1970, les épidémies, suscitées par de nouveaux virus de la grippe, qui prennent la médecine soviétique au dépourvu. Remarquons que, à propos des faits qui, selon lui, devaient être étudiés pour éclairer les causes de la croissance de la mortalité infantile en URSS, il porte en premier lieu son attention sur la santé des générations nées à l'époque de la guerre, sur la stagnation de l'économie soviétique et sur le renforcement de la stratification sociale de la population de l'URSS.

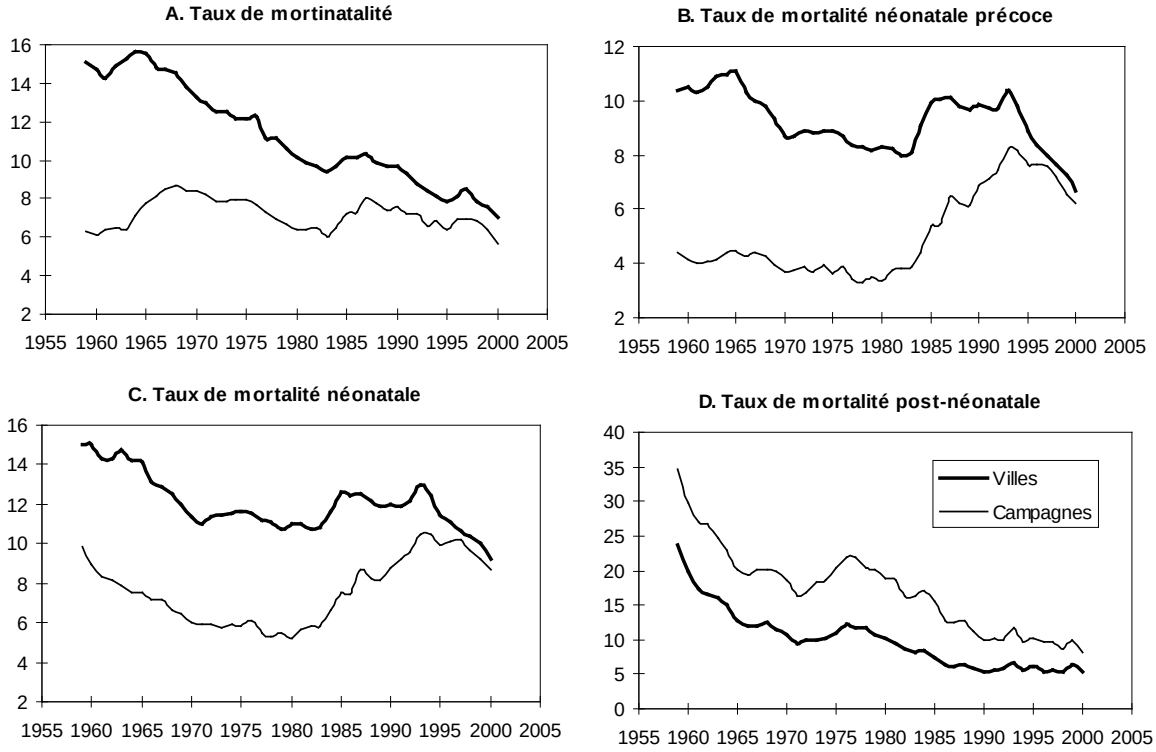
Un point de vue plus décisif, qui suppose que la croissance de la mortalité infantile en URSS tient en grande partie à un artefact statistique et reflète une amélioration de la complétude de l'enregistrement, est présenté par Anderson and Silver. (1986, 1986a) Selon ces auteurs, en raison d'une définition différente des naissances vivantes en URSS par rapport aux recommandations de l'OMS, le taux de mortalité infantile est très sensible à une légère amélioration du système d'enregistrement des naissances et des décès, en particulier des naissances vivantes ayant un risque élevé de décéder durant la première année de vie. Qui plus est, les données de ce travail démontrent que, si l'on ajuste la définition des naissances vivantes en URSS, à celle recommandée par l'OMS, le taux de mortalité infantile est supérieur de 22-25% au taux estimé en URSS.

Tous les arguments de ces auteurs se limitent soit à l'utilisation d'indicateurs agrégés de mortalité infantile, soit ajoutent à ces indicateurs des données issues de recherches locales, publiées dans des revues médicales. L'interruption de la publication des données sur la mortalité infantile a leur fait de mauvais jeu, car ils n'étaient pas informés, ou redoutaient qu'en 1976 la mortalité infantile ait recommencé à baisser ce qui mettait en doute ces hypothèses.

Il faut attendre octobre 1986 pour que la publication des données concernant la mortalité infantile soit reprise, et pour cette raison, seuls Anderson and Silver (1986a) purent démontrer de façon convaincante que l'augmentation de la mortalité infantile au début des années 1970 était temporaire. Qui plus est, pratiquement tous les auteurs avaient supposé que l'augmentation du taux de mortalité infantile était essentiellement due à sa composante néonatale, plus sensible aux changements de la santé des femmes et aux comportements maternels, ainsi qu'à une amélioration du système d'enregistrement. A partir de la fin des années 1980, devenues disponibles les données plus précises sur les composantes de la mortalité infantile ont montré en fait que la croissance de la mortalité infantile au début des années 1970 était fondée sur une croissance de la mortalité post-néonatale, rattachée à des causes exogènes. (Velkoff V. and

J E.Miller, 1995; Avdeev et Monnier, 1996, p.36) Cette constatation renforçait l'hypothèse d'une l'importance décisive du rôle des nouveaux virus de la grippe, contre lesquels la médecine soviétique n'était pas armée. (Field, 1986) Si l'amélioration de l'enregistrement a joué un rôle, cela n'a pas affecté en Russie les indicateurs de mortalité périnatale et néonatale. (Figure 10)

Figure 10 *Composantes de la mortalité infantile en Russie (1959-2000)*


A. Taux de mortinatalité
B. Taux de mortalité néonatale précoce
C. Taux de mortalité néonatale
D. Taux de mortalité post-néonatale
Villes
Campagnes
1955 1960 1965 1970 1975 1980 1985 1990 1995 2000 2005

Source : Avdeev A., Monnier A.1996, p.36. Mise à jours pour 1994-2000

La mise en place en 1974 de certificats de mortalité périnatale, que rappelle Anderson et Silver, n'a pas modifié le niveau de mortalité périnatale dans la population urbaine, et l'augmentation dans les localités rurales a été faible – 2,7% en 1974 en comparaison avec 1973, après quoi cet indicateur recommence à baissé.

Qu'a-t-on découvert après la perestroïka ?

Avant la perestroïka les démographes avaient les mains liées et la bouche close. Bien que quelques travaux, concernant la mortalité infantile aient été publiés entre les années 1960 et la première moitié des années 1980, les auteurs soit fournissaient le minimum d'indicateurs concernant l'URSS et les républiques soviétiques (Ignat'eva, 1983; Vishnevskij et Volkov, 1983; Bednyj, 1984), soit se limitaient à des questions strictement méthodologiques, utilisant pour cela des données étrangères (Ksenofontova, 1986).

Paradoxalement, l'accessibilité des données démographiques en 1986 et la disparition d'une censure idéologique n'a pas conduit à un grand nombre de publications des démographes soviétiques sur la question. Seuls deux travaux publiés en russe attirent l'attention. L'un d'eux

éclaire assez schématiquement les grandes tendances et les problèmes de la mortalité infantile en URSS. (Ksenofontova, 1990) Bien que ce travail a été fondé sur un matériau important, il y est indiqué que dans les années 1980 « a été observée une tendance négative dans une évolutions de la mortalité néonatale précoce, périnatale et de la mortinatalité dans presque toutes les républiques, à l'exception de la Biélorussie et de la Moldavie. »[31] Le second travail, publié à un tirage très faible, montre les différences territoriales importantes de la mortalité infantile en Russie (Zakharov et Revich, 1992). On n'observe guère, après ces deux études, un renforcement de l'intérêt pour des études plus détaillées de la mortalité infantile.

Une bonne illustration de l'absence presque totale d'intérêt pour les questions de la mortalité infantile en URSS est le destin de l'enquête menée en 1979 par le CSU d'URSS « Enquête sur la mortalité des enfants de moins d'un an », dont les résultats n'ont eu aucune résonance, tant parmi les instances dirigeantes d'URSS dès l'obtention des résultats (il n'était pas question d'une diffusion de ces résultats en 1981), ni plus tard, lorsque les auteurs ont présenté ces résultats au Ministère de la Santé de Russie.

Une telle absence d'intérêt pour les résultats d'une recherche fondamentale, était normale dans le cadre du système bureaucratique soviétique. Cette enquête avait été décidée pour trouver le « coupable » de l'augmentation de la mortalité infantile, mais, 5 années s'étant écoulées entre le début de l'enquête et son aboutissement, et, entre temps, les indicateurs s'étant améliorés, il n'était plus possible d'en utiliser les résultats au profit d'une logique bureaucratique, d'autant plus que l'équipe dirigeante du Ministère de la Santé avait alors changé.

Il faut attendre près de 15 ans pour que les auteurs puissent publier à l'étranger quelques résultats de l'enquête de 1979, montrant les différentiels importants de mortalité infantile entre les divers groupes sociodémographiques. (Andreev et Ksenofontova, 1996) Cela renforce l'hypothèse des disparités sociales importantes de la population de l'URSS, ainsi que de l'existence de facteurs structuraux expliquant les fluctuations de la mortalité infantile (Field, 1986). Plus tard, l'hypothèse d'une modification de la composition sociale des naissances pour expliquer l'augmentation de la mortalité infantile en 1993 est reprise, mais elle n'est pas fondée sur une vérification statistique approfondie. (Andreev, 1995, p. 70) De façon plus précise, mais plus théorique, les réactions d'une population hétérogène à des perturbations sociales sont étudiées sur l'exemple des changements de la mortalité en Russie en 1980-90 (Avdeev, Blum, Zakharov, Andreev, 1997)

A partir des années 1990, le paradigme des « comptabilité sociale » est apparu plus fécond pour les études. Une discussion tourne autour de deux sujets liés entre eux. Le premier tient à la question de la complétude de l'enregistrement. Il est vrai qu'une réponse précise à une telle question ne peut être trouvée qu'à partir de l'étude concrète de tous les éléments du système

[31] Ksenofontova N.U.(1990) – « Quelques tendances de la mortalité infantile durant les dernières décennies » Dans A.Volkov (réd.) *Processus démographique en URSS* Moscou : « Nauka », 1990, p.134.

d'enregistrement, ce qui n'a jamais été fait. En particulier, on ne peut trouver dans aucun des travaux qui soulignent les problèmes de sous-enregistrement de la mortalité infantile, une description des mécanismes d'exclusion du système d'enregistrement de certaines naissances et décès, ni même un seul exemple, soit-il anecdotique, plus important, pas moindre raison convaincante qui puisse motiver de telles actions. Il faut savoir que la falsification volontaire des documents de décompte pouvait entraîner pour les personnes responsables des conséquences très négatives, ainsi que les conséquences, pour une personne particulière, de faire un enterrement sans obtenir auprès des organes d'état civil un certificat de décès. Ainsi la question de la motivation n'est pas inutile. Le second sujet tient à l'ampleur de la correction qui doit être apportée pour rendre compatible les taux de mortalité infantile en Russie avec ceux des autres pays, où sont utilisées les recommandations de l'OMS concernant la définition des naissances vivantes.

N. Ksenofontova, en particulier, attire l'attention sur le fait qu'en URSS et en Russie on observe une relation anormale entre le niveau de la mortalité néonatale et post-néonatale et propose de corriger la mortalité néonatale en rapport avec la relation observée dans d'autres pays, possédant un enregistrement de qualité en fonction de la distribution des décès par âge. (Ksenofontova, 1994) Une telle solution n'est pas aussi simple qu'il peut le paraître, car il faut pouvoir construire des tables types de mortalité infantile, comme cela est fait pour tous les âges, puis savoir dans quelles familles se situent les tables des diverses républiques de l'ex-URSS. Qui plus est, en raison des particularités du système de santé publique en URSS, en particulier quant à la période néonatale tardive et post-néonatale, lorsque l'enfant dépend complètement des conditions de vie de la famille, le risque de mortalité peut être plus élevé que durant la période néonatale, quand l'enfant est pour l'essentiel de son temps à l'intérieur d'un établissement de soin. (Avdeev, Blum, 1996)

Une confirmation de cela se trouve en partie dans l'étude, sérieuse et semble-t-il unique, des facteurs de la mortalité infantiles en URSS en comparaison avec ceux dans les pays développés pour la période 1975-1991. L'analyse en composantes principales, réalisées par les auteurs de cette étude, montre que l'influence négative des facteurs de développement et de modernisation sur le niveau de la mortalité post-néonatale en URSS est plus importante que sur la mortalité néo-natale et maternelle. (Pinnelli, Nobile, Lapinch, 1994, p.386)

A partir de 1993 en Russie (et quelque temps plus tôt dans les pays baltes) une nouvelle définition des naissances vivantes, en accord avec les recommandations de l'OMS, entre en vigueur, mais ne conduit pas à la hausse attendue de 20 à 30% du taux de mortalité infantile. Cela s'explique par le fait que l'utilisation aux nouveaux signes « de vie » n'a été réellement effectuée que dans les maisons d'accouchement, tandis que les organes d'état civil ne continuent qu'à enregistrer des nouveau-nés pesant 1kg et plus (ou, si le poids du nouveau-né n'est pas connu, mesurant 35 cm ou plus, ou avec une durée de grossesse de 28 semaine et plus), les

nouveau-nés ayant un poids inférieur à 1kg lors de naissances multiples et tous les nouveau-nés pesant entre 500 et 999 g, s'ils ont vécu 168 heures ou plus après leur naissance. Ainsi, bien que le taux de mortalité infantile ait atteint de 20,2‰ en 1993, soit une augmentation de plus de 10%, le rôle du changement de définition des naissances vivantes fut peu important pour expliquer cette hausse. En réalité, la proportion de mort-nés a diminué de 6% en comparaison avec 1992, le taux de mortalité néonatale précoce a augmenté de 8%, celui de mortalité néonatale de 7%, et celui de mortalité post-néonatale de 15%, ce qui est surtout la conséquence d'une épidémie de grippe. Durant les années suivantes, la mortalité infantile a commencé à diminuer en Russie, atteignant 17,2‰ en 1997. Il semble que durant ces années l'intérêt pour l'étude de la mortalité infantile ait complètement disparu. Les dernières publications sur la question datent des années 1995 et 1996, mais elles utilisaient des matériaux faisant référence à des périodes antérieures.

Toutefois, les changements importants de la mortalité infantile ont marqué les deux dernières décennies. Tout d'abord, la structures de causes de décès a subi des modifications spectaculaires en 1981-1990 grâce au recule substantiel des maladies de l'appareil respiratoire. (Graphique 11) Durant 10 ans le nombre de décès provoqués par des maladies respiratoire a été partagé par trois. Si les causes « modernes » (conditions périnatales et malformations innées) ne faisaient que 42% des décès des enfants de moins d'un an, vers 1991 leur proportion s'est déjà élevé de 67% pour rester sable jusqu'en aujourd'hui.

En autres, on peut observer une évolution remarquable de la mortalité par causes périnatales qui avait augmenté subitement entre 1980 et 1987 juste durant la période d'augmentation de la fécondité. Ultérieurement la dynamique de ces causes de décès restait fidèle aux changements de la fécondité. En revanche, depuis 1988 on observe une croissance inquiétante de la proportion de décès accidentels cependant en parallèle avec la diminution du taux. Mais depuis 1990 le taux de la mortalité accidentelle commence à augmenter rapidement.

Figure 11 *Taux de mortalité infantile selon les causes de décès et la Structure de la mortalité infantile selon les causes de décès en Russie 1981-2000*

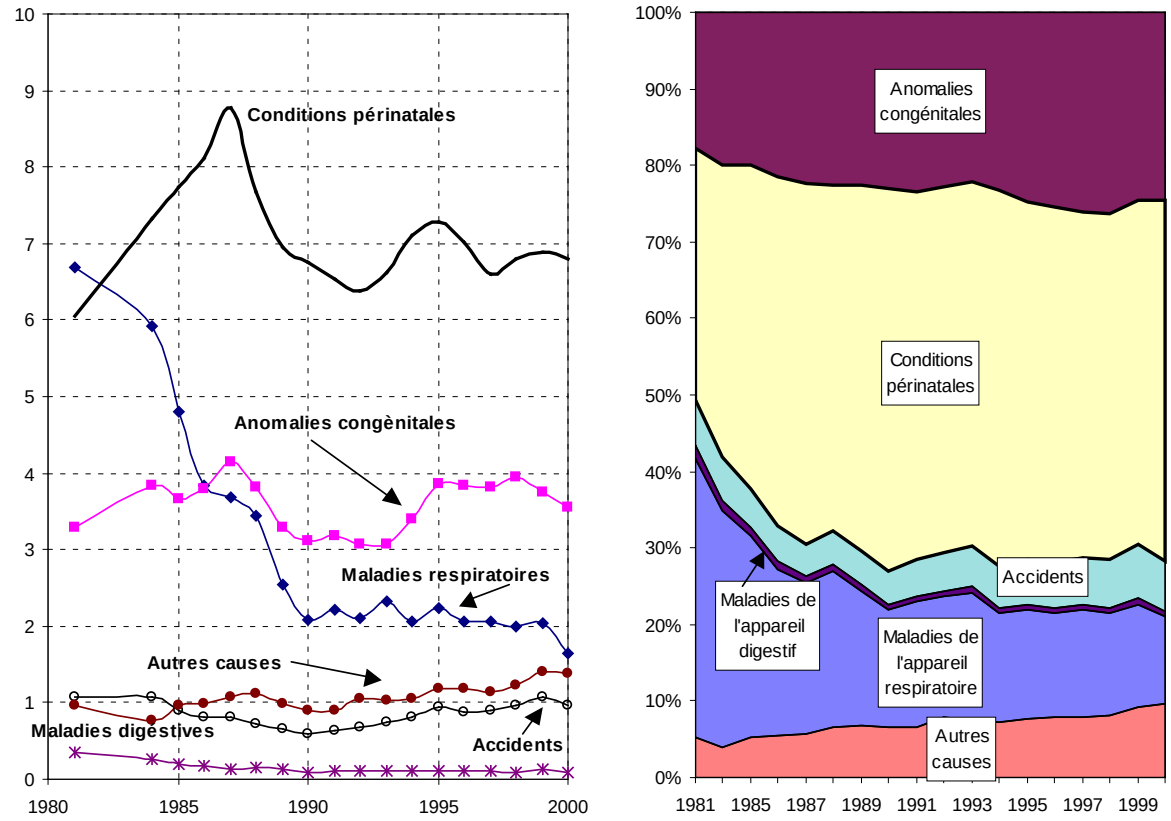


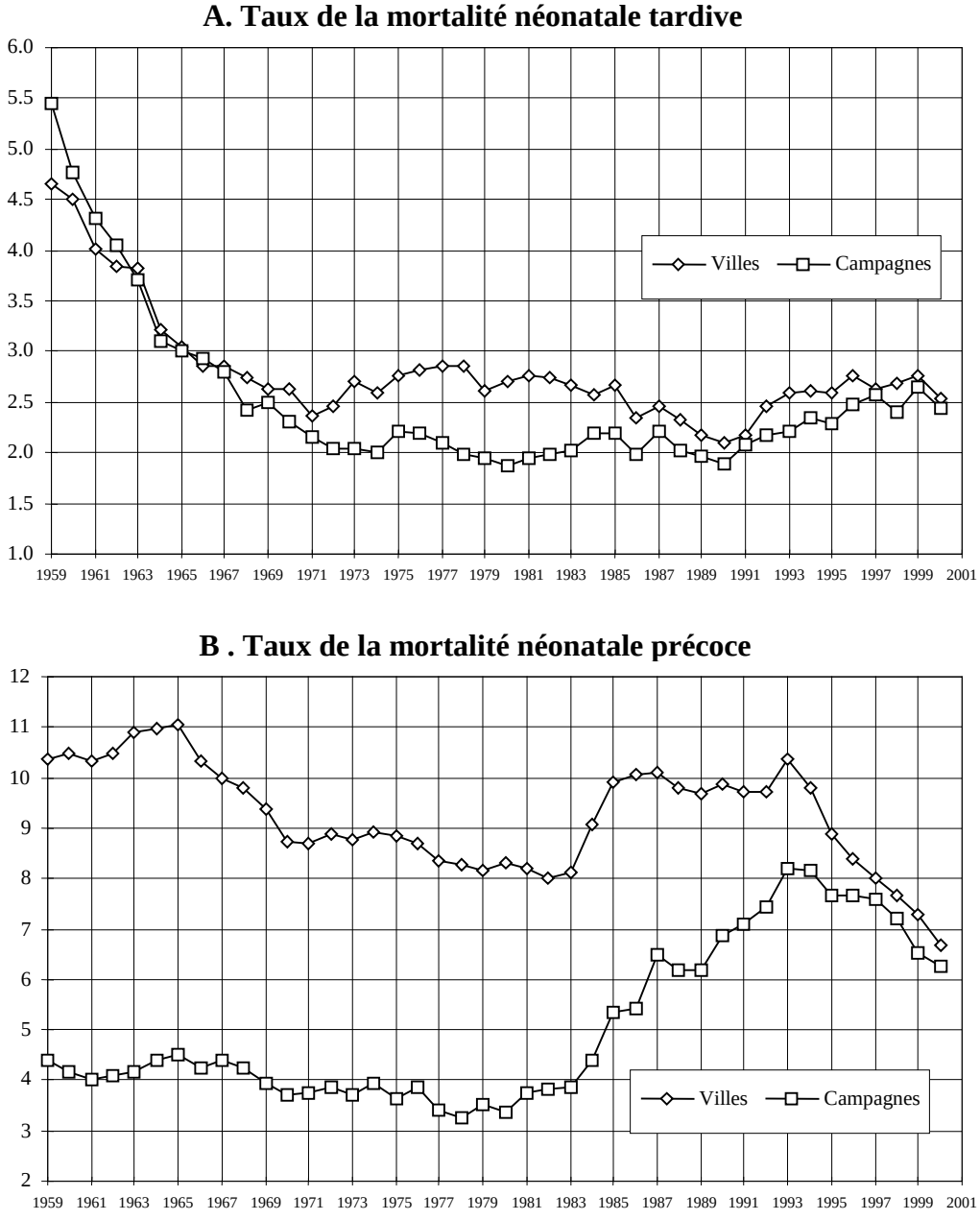
Tableau 4 *Taux de la mortalité infantile selon les causes de décès en Russie 1981-2000*

Année	Maladies infectieuses	Maladies de l'appareil respiratoire	Anomalies congénitales	Conditions périnatales	Accidents	Maladies de l'appareil digestif	Autres causes	Total
1981	3.38	6.70	3.29	6.04	1.08	0.35	0.96	21.80
1984	3.20	5.91	3.84	7.33	1.08	0.25	0.78	22.40
1985	2.39	4.81	3.66	7.75	0.90	0.21	0.97	20.68
1986	1.95	3.85	3.80	8.12	0.81	0.17	0.99	19.69
1987	1.90	3.68	4.15	8.76	0.81	0.14	1.06	20.51
1988	1.69	3.44	3.81	7.67	0.73	0.15	1.12	18.62
1989	1.34	2.53	3.30	6.94	0.66	0.13	1.00	15.89
1990	1.13	2.08	3.12	6.76	0.60	0.09	0.89	14.68
1991	1.02	2.22	3.18	6.54	0.64	0.11	0.90	14.60
1992	0.93	2.12	3.07	6.39	0.68	0.11	1.05	14.34
1993	1.07	2.33	3.07	6.63	0.74	0.11	1.04	14.99
1994	1.02	2.06	3.39	7.12	0.80	0.12	1.06	15.56
1995	1.18	2.24	3.87	7.27	0.94	0.10	1.19	16.78
1996	1.13	2.05	3.83	7.02	0.88	0.12	1.19	16.21
1997	0.98	2.06	3.82	6.59	0.91	0.11	1.14	15.61
1998	1.01	1.99	3.94	6.79	0.96	0.10	1.23	16.02
1999	1.11	2.03	3.74	6.88	1.08	0.12	1.41	16.38
2000	0.93	1.65	3.56	6.79	0.97	0.09	1.38	15.37

Source : Population de l'URSS, 1988. (annuaire démographique). Moscou, Goskomstat, 1989, p.680 ; Annuaire démographique de la Russie, 1997, Moscou, Goskomstat, 1997, p.454-455 ; Annuaire démographique de la Russie, 2000, Moscou, Goskomstat, 2000, p.291-292.

En fin, le graphique 12 montre les changements récents dans la structure des composants de la mortalité néonatale. On peut voir que la mortalité néonatale précoce diminue depuis 1993 en même temps que la mortalité néonatale tardive se stabilise après avoir subi une augmentation légère en 1990-1995.

Figure 12 *Composants de la mortalité néonatale en Russie 1959-2000*



Conclusion - Résumé:

A la fin du siècle dernier et au début de notre siècle, le système de protection de la santé en Russie était pratiquement inexistant. Selon tous les indicateurs disponibles, l'aide médicale était loin d'être aussi répandue que dans les pays européens développés. Il n'existait une surveillance médicale sous forme préventive que dans les plus grandes villes. Pour cette raison, le niveau de la mortalité en général, et de la mortalité infantile en particulier, était beaucoup plus élevé en Russie que dans la majorité des pays d'Europe occidentale. Le développement du système de santé publique est mis en place sur la base d'une amélioration des services médicaux destinés à la population adulte, mais dans une moindre mesure à la maternité et a l'enfance, ce qui explique que la Russie se caractérisait, à la veille de la Première Guerre mondiale, par une mortalité infantile extraordinairement élevée en comparaison avec les autres pays.

Le système de santé publique en Russie n'apparaît que vers les années 1860 avec la création de l'institution des médecins du zemstvo, qui mettent leurs forces essentiellement au service de la lutte contre les maladies aigües et infectieuses. Les questions de protection de la santé de la femme et de l'enfant, du développement d'un système d'aide à la naissance, étaient au centre de l'attention des médecins du zemstvo, mais leurs succès en la matière ont été plus timides. Au début du 20ème siècle le rythme de croissance du système de santé publique et l'attention plus soutenue de l'opinion au niveau élevée de la mortalité générale et infantile ont permis d'espérer une convergence vers le standard observé dans les pays européens à cette époque. Avant le début de la Première Guerre mondiale, les contours d'un programme de lutte contre une mortalité infantile élevée sont élaborés et apparaît un mouvement social relativement puissant, dont l'activité change progressivement le point de vue scientifique en réalisations pratiques.

Durant les crises politiques des années 1914-1924, le développement du système de protection de la santé publique s'arrête, et les infrastructures créées auparavant sont pratiquement complètement détruite. Le nouveau pouvoir politique en Russie tente de résoudre la question de la protection maternelle et de l'enfance en créant un système d'aide médicale centralisée, ainsi qu'en développant un réseau d'institution pour l'enfance (crèches, jardins d'enfants, écoles), qui prend en charge une part importante de la responsabilité d'élever et de soigner les enfants. La réalisation massive d'une telle politique est observée à partir du milieu des années 1930, mais ses résultats, assez rapides, sont étouffés dans les conditions de la Seconde Guerre mondiale.

A partir de la fin des années 1940, on observe en Russie et en URSS une baisse très rapide de la mortalité infantile, conséquence, d'une part, de la création d'une infrastructure puissante et d'une aide médicale destinée aux femmes et aux enfants, et, d'autre part, de l'intervention étendue des nouveaux remèdes, comme les sulfamides et les antibiotiques. La diminution de la mortalité infantile se prolonge jusqu'au début des années 1970. Dans la première moitié des années 1970, l'URSS connaît une augmentation sans précédent dans l'histoire démographique des pays européens du taux de mortalité infantile. A partir de cette date, la mortalité infantile

devient un argument dans l'opposition idéologique entre « Est » et « Ouest. » Dans la seconde moitié des années 1970 le taux de mortalité infantile recommence à baisser, il est vrai très lentement, conservant pratiquement constamment cette tendance jusqu'à aujourd'hui.

Bien que l'intérêt pour les questions de la mortalité infantile en Russie s'observe dès le 18ème siècle, ses différents facteurs n'aient jamais été l'objet de recherche systématique. Cela était d'abord lié à l'absence d'un système statistique d'observation, qui ne se met en place en Russie qu'à partir de la fin du 19ème siècle. Les quelques enquêtes et recherches du début du 20ème siècle auraient pu devenir les fondements d'une étude valable de la mortalité infantile en Russie, mais elles ont été interrompues par la Première guerre mondiale et par la Révolution et la Guerre civile qui ont suivi. Un système de grande valeur d'une statistique morale et démographique[32] se met en place en Russie et en URSS jusqu'au milieu des années 30, mais, à ce moment là, la publication des données démographiques devient minime, et leur utilisation est strictement réglementée. Les répressions qui frappent les démographes et statisticiens soviétiques à la fin des années 30 ont conduit à interrompre pratiquement les recherches en matière de mortalité tant générale qu'infantile, pour près de 30 ans. Un renouvellement de l'étude de la mortalité infantile se fait jour à la fin des années 1970 et au début des années 1980, mais il est essentiellement dû à la croissance inattendue de celle-ci entre 1971 et 1976. Ce phénomène entraîne malgré tout un renouvellement des publications concernant la mortalité infantile en URSS. A la fin des années 1980 et au début des années 1990, on observe un nouvel intérêt pour cette question, fondé sur la réalisation d'un nouveau travail sur les données statistiques qui étaient jusqu'alors secrète ou à usage limité. Qui plus est, cet intérêt était suscité par l'attente d'une augmentation du taux de mortalité infantile, conséquence de l'introduction d'une nouvelle définition de la naissance vivante dans les républiques de l'ex-URSS au début des années 1990. Mais, cela n'ayant pas été observé, l'intérêt s'est à nouveau éteint, et le nombre de publications originales sur la question a à nouveau diminué, et pratiquement disparu à la fin des années 1990 des pages de la presse scientifiques. Ainsi, tant l'histoire que les perspectives d'évolution de la mortalité infantile en Russie restent mystérieuses.

Dans la première moitié du 20ème siècle les recherches concernant la mortalité infantile en Russie et en URSS étaient fondées sur une conception de «pathologie sociale» et étaient, d'un point de vue méthodologique, très progressiste pour leur temps, incluant dans le champ de la recherche non seulement les déterminants socio-économiques, mais aussi quelques déterminants intermédiaires, comme le comportement procréatif (âge de la mère, intervalles entre naissances, rangs de naissance) et l'alimentation, mais en raison de la faiblesse du système statistique d'enregistrement elles n'étaient fondées que sur des observations locales.

[32] A l'époque on a séparé la statistique démographique qui étudiait les phénomènes « indépendants » du comportement (p.ex. la croissance de la population ou la mortalité) de la statistique morale qui, en revanche, étudiait le comportement (la fécondité, les avortements, les mariages et les divorces etc.)

Les recherches de la second moitié du 20ème siècle, et plus précisément des années 1970-1990 sont essentiellement descriptives, fondées ainsi surtout sur le paradigme statistico-démographique, selon lequel toutes les hypothèses se concentrent autour de la question de la qualité de l'enregistrement et de la comparabilité des données, les déterminants socio-économiques et intermédiaires étant pratiquement absents de ces études. Dans le cadre du paradigme statistique, il est difficile de citer une étude qui traite en profondeur de tous les aspects de la mortalité infantile. Les chercheurs utilisent un choix limité d'indicateur cherchant à expliquer la démographie par la démographie.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, essentiellement grâce aux travaux des démographes étrangers, les variables intermédiaires deviennent un objet d'intérêt, en particulier la question de la détérioration de l'environnement. Mais de telles études restent rares et fragmentaires. Après l'éclatement de l'URSS on observe le retour à l'étude des déterminants socio-économiques agrégés de la mortalité infantile, mais ces quelques travaux se fondent sur un matériel produit durant la période précédente et ont un intérêt essentiellement historique.

On peut ainsi conclure, dans l'ensemble, que l'étude de la mortalité infantile en URSS a constamment été sous la coupe d'une pression idéologique, bien que disparate, marquant tant les chercheurs soviétiques qu'étrangers. La demande idéologique ayant disparu durant les années 1980, on a observé une disparition progressive des études concernant la mortalité infantile en Russie. Il est aujourd'hui très difficile de juger combien de temps durera cette période de réaction, et quand la question de la mortalité infantile en Russie deviendra l'objet d'une étude approfondie.

Bibliographie

1.Travaux de «l'ancienne école»

Besser L. et Ballod K. – *Smertnost', vozrastnoi sostav i dolgovechnost' pravoslavnogo naselenia oboego pola d Rossii za 1851-1890 gody* Saint-Péterbourg (SPb). 1987.

Bortkevich V. – *K voprosou o russkoï smertnosti.* SPb, 1899

Ershov S.M. – *Opyt sravnitel'noï demografii rousskoi i tatarskoi narodnosteï* SPb. 1887

Filippov D.M. – *Smertnost' deteï v vozraste 0-15 let v Sanct-Peterbourge za 1881-1884 gody*. Spb.1894.

Glebovskij S.A. i Grebensikov V.I. – Detskaя smertnost' v Rossii. Obsestvennoe i častnoe prizrenie v Rossii. Spb, 1907.

Goundobin N.P. – *Detskaia smertnost' v Rossii i bor'ba s neï* DPb. 1906

Guiliarovsli F.V. – *Issledovanie o rojdenii i smertnosti deteï v Novgorodskoï goubernii.* SPb, 1966.

Khomenko A.P. – « Smertnost' mladencev na Ukraine v zavisimosti ot vozrasta materi i otcherednosti rozjdeniya rebenka. » Dans : *Sovetskaia demografiya za 70 let*. Sous la direction de T.V.Riaboushkin Moscou: « Nauka », 1987, p.217-228. (Première publication dans *Visnik statistiki Ukraïni,* 1929, n°2, p. 110-118

Janson U.E. – *Sravnitel'naya statistika nasselenia*. SPb, 1892

Kurkin P.I. – *Detskaя smertnost' v Moskovskoj gubernii i ee uezdah v 1883-1997 gg*. Moscou. 1902.

Kurkin P.I. – *Smertnost' malyh deteï*. Spb, 1911

Lichteinstadt R.I. – *O pritchinah bol'shoï smertnosti na pervom godouzjizni i merah k ee otvrastcheni'u.* SPb. 1840

Medovnikov P.S. – *Prichiny detskoi smertnosti.* Spb, 1916

Nikitenko V.P. – *Detskaia smertnost' v Evropeïskoï Rossii za 1893-1896 gody.* SPb. 1901

Novosel'sky S.A. – « Obzor glavne'ïshih dannyh po demografii i sanitarnoï statistike Rossii ». Kalendar' dlia vratcheï na 1916 god. Sous la rédaction de P.Bulatov. Partie II, Petrograd 1916, p..66-67

Novosel'sky S.A. – Smertnost' i prodoljitel'nost' zjizni v Rossii. Petrograd, 1916.

Novosel'sky S.A. – « O tesnote siazi mejdu rojdaemost'iu i detskoï smertnost'iu.» *Vestnik statistiki*, 1925, volume .XXI, №4-6, s.1-21.

Novosel'sky S.A i Paevskiy V.V. – Smertnost' i prodoljitel'nost' jizni naseleniâ SSSR. Moscou : Planhozgiz. 1930.

Novosel'sky S.A. – « Vyjyvaemost' i smertnost' detej 0-1 goda v Leningrade v posleblokadnyï period. » Novosel'sky S.A Voprosy demografitcheskoï i sanitarnoï statistiki. Moscou : Medgiz, 1958, s.123-130. (première publication en 1946)

Odlianitski-Potchbout V.S. – *Smertnost' groudnyh deteï v Peterbourge v zavisimosti ot vremeni ih rozjdenia po meciatsam b vremeni goda v 1896-1990 godah.* SPb, 1903.

Pantiukhov I.I. – *Statistitcheskie zamenti o detskoï smertnosti v gorode Kieve* Kiev, 1874

Ptuha M.V. – « Smertnost' v Rossii i na Ukraïne ». Dans : Ptuha M.V. *Otcherki po statistike naselenia.* Moscou, Gosstatizdat, 1960 p.175-395. (première édition : Kiev, TcSU Oukrïny, 1928)

Ptuha M.V.. – « Evolutcia smertnosti v Rossii i na Oukraïne do natchala pervoï piatiletki » Dans : Ptuha M.V. *Otcherki po statistike naselenia* Moscou Gosstatizdat, 1960, p.396-417. (première publication en 1933)

Ptuha M.V.. – « Pokazateli smertnosti groudnyh deteï po mesiatcam goda » Dans : Ptuha M.V. *Otcherki po statistike naselenia* Moscou Gosstatizdat, 1960, p.418-440. (les premières publications : en 1934 : « Méthodes pour calculer les taux de mortalité infantile selon les mois de l'année » *Revue de l'Institut International de Statistique. La Haye, 1934, N°2 p.178-189* et 1936 en coopération avec M.N. Travetski, dans *Problemy outcheta i statistiki,* issue I, Moscou, 1936, p.94-118)

Sifman R.I. – « K voprosu o pritchinah snijeniâ detskoj smertnosti v gody Velikoï otetchestvennoj voïny ». Dans. : *Prodoljitel'nost' zjizni: analiz i modelirovanie.* Sous la direction d'Andreev E.M. et Vishnevsky A.G. Moscou : « Statistika », 1979, s.50-60, ;

Snegirev V.F.– *O smertnosti deteï na pervom godou zjizni.* SPb, 1863

Sokolov D.A. et Grebenstchikov V.I. – *Smertnost' v Rossii i bor'ba s neï.* Spb. 1901

Tomilin S.A. – « K social'no-gigienitcheskoj ocenke detskoï smertnosti na Ukraine. » Dans : Tomilin S.A.– *Demografia i social'naia gigiena. Izbrannye sočinenia*. Moscou, « Statistika », 1973, p.221-240. Première publication en 1930 - *Social'no–gigienitcheskaïa otcenka detskoï smertnosti. Po materialam mezjdunarodnoj i ukrainskoj statistiki*. Kharkov.

Wipple J.C., Novosel'sky S.A. – *Osnovy demografitcheskoï i sanitarnoï statistiki*. Moscou: Gosmedizdat. 1929.

2. Travaux contemporains en langue russe

Andreev E. – « Mladentcheskaia smertnost' v Rossii ». *Voprosy statistiki*. 1995, N°5. p.66-70.

Andreev E.M., Ksenofontova N.Ы. – « Ocenka dostovernosti dannyh po mladentcheskoï smertnosti. » *Vestnik statistiki*. 1991, N°8, p.21-28.

Baranov A.A., Al'bitskiï V.U., Komarov U.M. – « Tendencii mladencheskoï smertnosti v SSSR v 70-80-e gody ». *Sovetskoe zdravoohranenie.* 1990, N°3, p.3-7.

Bednyï M.S. – *Demografitcheskie faktory zdorov'ia*. Moscou : « Finansy i statistika », 1984. p.88-90

Bova A.A. – « Nekotorye osobennosti detskoï smertnosti v gorode-novostro'ike ». *Zdravoohranenie Rossiyiskoï Federatsii*. 1986, N°10, p.30-31.

Bruï B.P. – « Mladencheskaia smertnost' : sovremennaв situatsia. » *Zdravoohranenie Rossiyiskoï Federatsii*. 1995. N°1, p.34-35.

Buldakov L.A, Demin S.N., Liubtchanski K.R. et al. – « Analiz vliania radiacionnyh i himitcheskih faktorov okruja'ustcheï sredy na zdorov'e novorojdennyh v rayone raspolojenia predpriätiï atomnoï promyshlennosti » *Gigiena i sanitaria*.1991, N°6, p.50-53.

Volkov A.G., Vishnevski A.G. (red.) – *Vosproizvodstvo naselenia SSSR*. Moscou : « Finansy i statistika », 1983. Notamment p.47-126.

Golikova T.M., Al'bac E.I.,Baleeva L.S., Kobrinskij B.A. – « Vlianie social'no-biologicheskih faktorov na detskuyou smertnost' ». Mediko-demografičeskie issledovaniв. Sous la rédation de. M.S.Bedny. Moscou : MNIIKM MZ RSFSR, 1982, p.42-46.

Grin' N.V., Docenko T.M. – «Vlianie atmosfernyh zagriazneniï na smertnost' deteï pervogo goda jyzni, projyva'ustchih v usloviah krupnogo promyshlenogo goroda» *Sanitariä i gigiena*. 1980, N°8, p.19-21

Dmitrieva R.M., Andreev E.M. – *O sredneï prodoljitel'nosti jyizni.* Vestnik statistiki, 1986, N°12, p.31-39.

Zaharov S.V., Revitch B.A. – Mladentchskaya smertnost' v Rossii : istoritcheskiï i regional'nyï aspekt. Rabotchie doklady [Working papers] Centre de la démographie et de l'écologie humaine. N°7. Août 1992. Moscou.

Ignat'eva R. – « Detskaia smertnost' : sostoianie, tendentsii, perspektivy ». Dans : *Nashe zdorov'e*. Série. « Narodonaselenie », n°.43. Moscou : « Finansy i statistika », 1983, p.17-27.

Komissia po voprosam jenstchin, sem'i i demografii pri Prezidente Rossiskoï Federacii. – *O sovremennom sostoяnii smertnosti naseleniя Rossijskoj Federacii*. Doklad. Moscou, 1997.

Ksenofontova N. – « Zakonomernosti dojiitia v detskih vozrastah. » Dans : *Metodologia demografitcheskogo prognoza.* Sous la rédaction de'A.G.Volkov. Moscou : « Nauka », 1986, p.139-149.

Ksenofontova N. – « Nekotorye tendencii mladentcheskoï smertnosti ». Dans : *Demografitcheskie processy v SSSR.* Sous la rédaction d'A.G.Volkov. Moscou : « Nauka », 1990, p.116-134

3.Travaux contemporains de spécialistes russes et soviétiques, publiés en dehors de la Russie et en langue étrangère

Andreev E.M., Ksenofontova N.Ju. (1996) – « La mortalité infantile en URSS en 1979-1980. Résultats d'une enquête inédite. » *Population*. Vol.51, n°3. Mai-Juin 1993. P. 539-571.

Avdeev A.(1993) – « Le concept de la planification de la famille et son influence sur la pratique de la gestion d'état en URSS » *Annales de Démographie Historique*, 1993

Avdeev A., Blum A.(1996) – « La mortalité infantile dans les Etats issus de l'URSS ». "Santé et mortalité des infant en Europe. Inégalité sociales d'hier et d'aujourd'hui." Sous la direction de G.Masuy-Strobant, C.Gourbin et P.Bueken. Chaire Quetelet'94: Louvain-la-Neuve 12-24 septembre 1994. Louvain-la-Neuve-1996. Academia-Bruylant L'Harmattan, p.415-435

Avdeev A., Blum A., Troitskaia I.(1994) – « Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991. » *Population*, N°4-5, p.903-935

Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E.(1997) – « Réaction d'une population hétérogène à une perturbation. Un modèle d'interprétation des évolution de mortalité en Russie » *Population*. Vol. 52, n°1, 1997, p.

Avdeev A., Monnier A.(1994) – « A la découverte de la fécondité russe contemporaine. » *Population*, 1994. N°4-5, p.859-902.

Avdeev A., Monnier A.(1996) – Mouvement de la population de la Russie 1959-1994 : Tableaux démographiques. Données statistique n°1 Série édité par l'Institut national d'études démographiques. INED. Paris. 1996.

Ksenofontova N.Ju. (1994) – « Trends in infant mortality in the USSR ». Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991. . Ed. by W.Lutz, S.Scherbov and A.Volkov, IIASA, London, N.Y. Routledge.1994. p.359-378.

Revich B. (1992) – « Quality of air in industrial cities of the USSR and child health » . *The Science of the Total Environment.* 119 (1992). Elsevier Science Publisher B.V., Amsterdam. p.121-132

Zakharov S.V.(1996) – « The seconde world war as turning point of infant mortality decline in Russia. » "Santé et mortalité des infant en Europe. Inégalité sociales d'hier et d'aujourd'hui." Sous la direction de G.Masuy-Strobant, C.Gourbin et P.Bueken. Chaire Quetelet'94: Louvain-la-Neuve 12-24 septembre 1994. Louvain-la-Neuve-1996. Academia-Bruylant L'Harmattan, p.311-333

Zakharov S.V.(1995) – «Unexpected advance in infant mortality in Russia during the second World War ». Paper presented on APHA Annual Meeting. October 29 - November 2. 1995. San Diego. California. U.S.A.

4.Travaux contemporains de spécialistes non russes.

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1986) – Infant Mortality in the Soviet Union : Regional Differences and Measurement Issues . *Research Report* No 86-93. Population Studies Center of the University of Michigan. April 1986.

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1986a) – « Infant Mortality in the Soviet Union : Regional Differences and Measurement Issues ». *Population and Development Review*. Vol.12, n°4, decembre 1986, p.705-738.

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1987) – The Changing in the Saisonality of Births as an Indicator of Improvement of rgistration : The Case of the Soviet Union. *Research Report* No 87-108. Population Studies Center of the University of Michigan. April 1987

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1987a) – The Changing Shape of Soviet Mortality, 1958-1985 : An Evaluation of Old and New Evidence ». *Research Report* No 87-111. Population Studies Center of the University of Michigan. June 1987

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1990) – « Trends in Mortality of the Soviet Population » *Soviet Economie.* 1990 Volume 6, No 3, p.191-251.

Anderson Barbara A, Brian D.Silver (1995) – « The geodemography of the infant mortality in the Sovit Union, 1950-1990 ». Presented at the Seminar on the Geodemography of the former Soviet Union ! Radford University, Radford, Virginia, august 5-7, 1994. Revised version of January 16, 1995.

Blum A., Pressat R. (1987), «Une nouvelle table de mortalité pour l'Urss (1984-1985) », *Population*, 6, p. 843-862.

Blum A., Monnier A. (1988) – « La mortalité en Union Soviétique ». *Population et sociétés*, Avril 1988, N°223.

Blum A., Monnier A. (1989) – « Recent mortality trends in the USSR : new evidence. » *Population Studies*, vol.43, n°2, p.211-241.

Blum, A. (1994) – Naître, vivre et mourir en URSS : 1917-1991. Paris : Plon, 1994. 274 p.

Chesnais, J.-C. (1981) – « La hausse de la mortalité infantile en Union Soviétique. » *Population*.1981, n°6 Novembre–Décembre 1981 p.1176-1180

Davis C., Feshbach M. (1980) – Rising Infant Mortality in the U.S.S.R. in the 1970's. US Bureau of the Census. Serie P-95 No.74, issued June 1980. Washington D.C. 74 p.

Dutton, John Jr. (1979) – « Changes in Soviet mortality patterns, 1959-1977 » *Population and Development Review*, vol.5, No.2 (June 1979), p.267-291

Dunkel R.H. (1985) – « The Seeming Paradox of Increasing Mortality in the Higly Indusrtalized Nation: the Exempl of the Soviet Union. » *Population Studies*, vol.39 p.87-97

Feshbach M. (1984) – « On infant mortality in the Soviet Union. A comment. » *Population and Development Review*, vol.10, n°1, p. 87-90.

Field, Mark G.(1986) – « Soviet infant mortality : a mystery story ». In : Advances in international maternal and child health. Vol.6, 1986. Edited by D.B.Jelliffe and E.F.P.Jelliffe. Clarendon Press Oxford. 1986, p.25-65.

Jones E., Grupp F. (1983) – « Infant mortality trends in the Soviet Union » *Population and Development Review*, vol.9, n°2, June p.213-246

Jones E., Grupp F. (1987) – Modernization, Value Change and Fertility in the Soviet Union, Cambridge University Press.

Kingkade W.Ward (1989) – « Soviet Infant Mortality in International perspective ». Centre for International Research. Bureau of the Census Research Note. April 1989.

Kingkade W.Ward (1990) – « Health » Prepared for Presentation at the IV World Congress for Soviet and East European Studies. Harrogate (U.K.) July 21-26, 1990 p.24

Peterson D.J. (1990) – « Understanding Soviet Infant Mortality Statistics » *Report on the USSR*, april 1990 p.4-6

Pinnelli A., Nobile A., Lapinch A.(1994) – « La mortalité infantile dans les pays développés et les républiques de l'ancienne Union Soviétique. Tendances et facteurs ». *Population*, vol.49, n°2, p.369-394.

Ryan, Michael (1987) – « Infant mortality in the Soviet union » *British Medical Journal*. 1987. Vol.296, p.850-851.

Ryan, Michael (1988) – « Life expectancy and mortality data from the Soviet union » *British Medical Journal*. Vol.296, 28 mai 1988, p.1513-1515.

Ryan, Michael (1989) – Doctors and the State in the Soviet Union. London. MacMillan

Velkoff, Victoria A. (1990) – « Trends in Infant mortality in the Soviet Union ». Paper presented at the International Conference on Health and Mortality. Varna. Bulgaria. Septembre 1990.

Velkoff, Victoria A.and Jane E.Muller (1995) – « Trends and Differentials in Infant mortality in the Former Soviet Union : How Much is Due to Misreporting ? » *Population Studies.* Vol. 49., n°2, p.241-258.

A.Avdeev *La mortalité infantile en Russie et en URSS : éléments pour un état des recherches.*
INED : Dossiers et recherches, N°107, Janvier 2002, 48 p

Annexe : indicateurs de la mortalité infantile en Russie depuis 1959

1. Evolution de la mortalité infantile, mortalité périnatale et mortalité néonatale selon le sexe. Russie 1959-2000

	Taux de mortalité infantile			Taux de mortalité périnatale			Mortalité néo-natale		
Année	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1959	45.33	36.84	41.19	19.99	14.78	17.45	13.96	10.37	12.21
1960	40.17	32.60	36.48	19.80	14.85	17.39	13.52	10.06	11.83
1961	36.87	29.13	33.11	19.89	14.79	17.41	13.22	9.33	11.33
1962	36.40	28.52	32.56	20.69	15.21	18.02	13.10	9.40	11.30
1963	35.13	27.50	31.42	21.12	15.72	18.50	13.18	9.48	11.38
1964	32.74	25.86	29.39	22.01	16.78	19.47	12.67	9.38	11.06
1965	28.66	24.86	26.92	21.42	18.26	19.97	12.10	9.86	11.07
1966	28.74	22.10	25.50	22.17	16.46	19.39	12.30	8.64	10.51
1967	28.69	22.24	25.55	22.30	16.74	19.59	12.10	8.74	10.46
1968	28.78	21.99	25.46	22.25	16.79	19.58	11.78	8.42	10.14
1969	27.75	20.79	24.35	21.57	16.16	18.93	11.54	8.13	9.87
1970	25.91	19.51	22.79	20.83	15.61	18.29	11.02	7.69	9.39
1971	23.97	17.82	20.97	20.73	15.45	18.16	10.93	7.42	9.22
1972	24.41	18.45	21.50	20.60	15.29	18.01	11.12	7.75	9.48
1973	25.23	18.94	22.16	20.64	15.23	18.01	11.16	7.93	9.59
1974	25.71	19.17	22.51	20.48	15.36	17.98	11.40	7.90	9.69
1975	26.68	20.30	23.57	20.38	15.36	17.94	11.44	8.03	9.78
1976	27.97	21.42	24.77	20.31	15.30	17.87	11.40	8.09	9.79
1977	27.53	20.55	24.13	19.12	14.15	16.70	11.08	7.67	9.42
1978	26.74	20.04	23.47	18.89	13.96	16.49	10.97	7.56	9.31
1979	25.64	19.18	22.49	18.21	13.74	16.03	10.68	7.51	9.13
1980	25.04	18.73	21.96	17.96	13.51	15.79	10.88	7.59	9.27
1981	24.48	18.14	21.39	17.72	13.35	15.59	11.05	7.60	9.36
1982	23.02	17.09	20.13	17.53	13.19	15.41	10.88	7.53	9.25
1983	22.56	16.90	19.80	17.28	12.97	15.18	10.89	7.67	9.32
1984	23.87	17.98	21.00	18.29	14.27	16.33	11.74	8.43	10.13
1985	23.75	17.57	20.74	20.12	15.34	17.79	13.02	9.06	11.09
1986	21.82	16.22	19.10	20.26	15.49	17.94	12.74	9.02	10.93
1987	22.28	16.27	19.36	21.01	16.15	18.65	13.39	9.37	11.43
1988	21.79	16.14	19.04	20.07	15.70	17.94	12.85	9.04	10.99
1989	20.63	15.22	18.01	19.62	15.40	17.57	12.54	8.88	10.76
1990	20.21	14.84	17.59	20.10	15.64	17.93	12.91	8.98	11.00
1991	20.66	15.29	18.05	19.71	15.18	17.51	12.98	9.02	11.06
1992	21.02	15.49	18.34	19.30	14.92	17.18	13.23	9.34	11.34
1993	22.79	17.45	20.20	19.27	15.39	17.38	13.87	10.31	12.14
1994	21.16	15.68	18.50	18.90	14.90	16.96	13.79	9.69	11.80
1995	20.57	15.57	18.13	17.64	13.91	15.83	12.75	9.13	10.99
1996	19.90	14.80	17.42	17.68	13.97	15.88	12.71	8.81	10.82
1997	19.60	14.68	17.21	17.36	14.21	15.83	12.05	8.85	10.49
1998	18.62	14.06	16.41	16.63	13.32	15.02	11.64	8.52	10.13
1999	19.14	14.77	17.02	15.66	12.73	14.24	11.26	8.18	9.77
2000	17.18	13.07	15.19	14.66	11.60	13.18	10.48	7.57	9.07

A.Avdeev *La mortalité infantile en Russie et en URSS : éléments pour un état des recherches.*
INED : Dossiers et recherches, N°107, Janvier 2002, 48 p

2. Evolutions des composants de la mortalité périnatale et mortalité infantile. Russie, 19959-2000

	Mortinatalité			Mortalité néo-natale précoce			Mortalité néo-natale tardive			Mortalité post néonatale		
Année	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1959	11.70	9.03	10.40	8.39	5.80	7.13	5.57	4.57	5.08	32.05	26.92	29.54
1960	11.46	9.02	10.27	8.44	5.88	7.19	5.08	4.18	4.64	27.26	22.90	25.14
1961	11.40	9.19	10.33	8.59	5.65	7.16	4.62	3.68	4.17	24.16	20.11	22.19
1962	12.11	9.32	10.75	8.68	5.95	7.35	4.42	3.45	3.95	23.79	19.41	21.65
1963	12.17	9.71	10.97	9.06	6.07	7.61	4.12	3.41	3.77	22.40	18.29	20.40
1964	12.87	10.37	11.65	9.25	6.48	7.90	3.41	2.89	3.16	20.49	16.75	18.66
1965	12.57	11.38	12.02	8.97	6.95	8.04	3.13	2.90	3.03	16.90	15.24	16.14
1966	13.22	10.42	11.86	9.06	6.10	7.62	3.24	2.53	2.89	16.75	13.65	15.23
1967	13.41	10.64	12.06	9.01	6.17	7.62	3.09	2.57	2.84	16.91	13.69	15.34
1968	13.49	10.76	12.16	8.89	6.10	7.52	2.90	2.32	2.62	17.31	13.75	15.56
1969	13.01	10.37	11.73	8.67	5.85	7.29	2.86	2.28	2.58	16.51	12.82	14.71
1970	12.72	10.18	11.48	8.21	5.49	6.88	2.81	2.20	2.51	15.15	11.96	13.59
1971	12.44	10.12	11.31	8.40	5.39	6.93	2.53	2.03	2.28	13.26	10.52	11.92
1972	12.13	9.67	10.93	8.58	5.67	7.16	2.55	2.08	2.32	13.51	10.83	12.20
1973	12.23	9.69	10.99	8.52	5.60	7.10	2.64	2.33	2.49	14.31	11.14	12.76
1974	11.83	9.66	10.77	8.75	5.76	7.29	2.65	2.15	2.40	14.54	11.39	13.00
1975	11.90	9.68	10.82	8.58	5.73	7.19	2.86	2.30	2.59	15.51	12.43	14.01
1976	11.85	9.65	10.78	8.56	5.70	7.16	2.84	2.39	2.62	16.84	13.49	15.21
1977	11.08	8.80	9.97	8.13	5.40	6.80	2.95	2.27	2.62	16.74	13.04	14.93
1978	10.88	8.73	9.83	8.10	5.28	6.72	2.87	2.29	2.59	16.04	12.62	14.37
1979	10.29	8.41	9.37	8.00	5.38	6.72	2.67	2.13	2.41	15.22	11.81	13.55
1980	9.86	8.16	9.03	8.18	5.39	6.82	2.70	2.19	2.45	14.40	11.27	12.87
1981	9.57	7.98	8.80	8.23	5.41	6.86	2.81	2.19	2.51	13.68	10.67	12.21
1982	9.49	7.94	8.74	8.12	5.28	6.73	2.77	2.25	2.51	12.34	9.68	11.04
1983	9.15	7.58	8.39	8.20	5.43	6.85	2.69	2.24	2.47	11.86	9.34	10.63
1984	9.33	8.10	8.73	9.05	6.21	7.67	2.69	2.22	2.46	12.34	9.67	11.04
1985	10.05	8.54	9.32	10.17	6.85	8.55	2.84	2.20	2.53	10.94	8.63	9.81
1986	10.05	8.55	9.32	10.31	7.00	8.70	2.43	2.02	2.23	9.25	7.30	8.30
1987	10.41	8.93	9.69	10.71	7.29	9.05	2.68	2.08	2.39	9.07	7.01	8.06
1988	9.80	8.71	9.27	10.37	7.05	8.75	2.49	1.98	2.24	9.13	7.21	8.19
1989	9.55	8.41	9.00	10.17	7.05	8.65	2.37	1.84	2.11	8.27	6.45	7.38
1990	9.56	8.51	9.05	10.64	7.19	8.96	2.28	1.78	2.04	7.44	5.96	6.72
1991	9.21	8.13	8.69	10.60	7.11	8.90	2.38	1.91	2.15	7.85	6.37	7.13
1992	8.77	7.74	8.27	10.63	7.23	8.98	2.60	2.11	2.36	7.98	6.25	7.14
1993	8.19	7.37	7.79	11.17	8.08	9.67	2.70	2.24	2.47	9.13	7.26	8.22
1994	8.07	7.43	7.76	10.92	7.53	9.27	2.87	2.16	2.52	7.56	6.10	6.85
1995	7.79	6.97	7.39	9.93	6.98	8.50	2.82	2.14	2.49	8.02	6.56	7.31
1996	8.11	7.45	7.79	9.64	6.57	8.15	3.07	2.24	2.67	7.36	6.10	6.75
1997	8.31	7.70	8.02	9.12	6.55	7.87	2.92	2.29	2.62	7.70	5.91	6.83
1998	7.93	7.14	7.55	8.77	6.22	7.53	2.88	2.29	2.59	7.09	5.62	6.38
1999	7.51	6.97	7.24	8.22	5.80	7.04	3.04	2.38	2.72	8.03	6.68	7.37
2000	7.06	6.24	6.66	7.66	5.39	6.56	2.82	2.17	2.51	6.81	5.57	6.21

View publication stats